

**DETERMINACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS POR
LOS USUARIOS DE MEDICINA PREPAGADA EN UNA INSTITUCION DE
NIVEL III DE LA CIUDAD DE CALI**

INVESTIGADORA:

MARÍA FERNANDA PEÑA VARGAS, Bact.

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CALI 2013**

**DETERMINACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS POR
LOS USUARIOS DE MEDICINA PREPAGADA EN UNA INSTITUCION DE
NIVEL III DE LA CIUDAD DE CALI**

**INVESTIGADORA:
María Fernanda Peña Vargas, Bact.**

**Trabajo de investigación presentado para optar el título de Magister en
Administración de Salud**

**Asesor:
Gerardo Camilo Torres Serna, MS. MSC. MSP. MDU
Profesor Universidad del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CALI 2013**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 2013

DEDICATORIA

A Dios, gracias por darme la fortaleza que se necesita para culminar este proyecto que en ocasiones vi tan lejano, además por proporcionar cada día los medios necesarios para desarrollarlo y escribir por fin esta página que tenía en limpio hasta el último momento.

A mi madre, que nunca pierde la fe, que ha sido mi apoyo, el pilar de mi vida y que siempre me dio una palabra para alentarme a seguir. A mi hermana que tiene un talento maravilloso y que sin ella este trabajo no habría sido posible.

AGRADECIMIENTOS

Estoy segura que Dios puso en cada paso de este camino personas maravillosas que desinteresadamente y tal vez sin saberlo pusieron un granito de arena para finalizar a bien este proyecto. Debo agradecerle a mi familia, a mi madre, mi hermana y mis primos por todo su apoyo, por sus palabras de aliento, por apostarle a este trabajo y por su incondicionalidad.

A la Fundación Valle de Lili, poner a mi alcance todas las herramientas necesarias para el desarrollo de este proyecto y a todas las personas que dentro de la Institución se tomaron el tiempo de explicar, de ayudar, y que de alguna manera se interesaron por este trabajo. A la Dra. Danny Moreano por permitirme utilizar su Tesis de Maestría, como base de mi proyecto de tesis, por permitirme desarrollar las habilidades aprendidas durante la Maestría en el área bajo su cargo. Y no puedo olvidar agradecer a las áreas que aportaron con su trabajo, tiempo y explicaciones a la culminación de este trabajo, entre ellas las personas de Estadística y de Mejoramiento.

Al Dr. Carlos Hernandez por apoyarme y por haber estado siempre al pendiente de la evolución de este proyecto, por guiarme y porque su opinión ha sido extremadamente valiosa.

A mis amigas Olga Liliana y Ana Marcel, que siempre están ahí, en mi corazón, inspirándome, siendo “mi puñado de personas”.

Al Dr. Camilo Torres, por adoptar mi proyecto y por sus aportes.

Estoy muy agradecida con Dios por que ha sido bueno, muy bueno conmigo.

DETERMINACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS POR LOS USUARIOS DE MEDICINA PREPAGADA EN UNA INSTITUCION DENIVEL III DE LA CIUDAD DE CALI.

Contenido	Pág.
1.Introducción.....	9
2. Justificación.....	11
3. Formulación del problema	12
4. Marco teórico.....	15
5. Hipótesis.....	29
6. Objetivos	29
6.1. General	29
6.2. Especificos	29
7. Metodología	29
7.1. Tipo de estudio.....	29
7.2. Población de referencia	30
7.3. Población Objetivo	30
7.4. Muestra	30
7.5. Criterios de inclusión	30
7.6. Criterios de exclusión.....	30
8. Operacionalización de variables.....	31
9. Plan de recolección de la información.	33
10. Plan de análisis de la información	33
11. Consideraciones éticas	36
12. Resultados	40
13. Discusion	72
14. Conclusiones.....	76
15. Recomendaciones.....	78
16. Bibliografía	79
17. Anexos	81

LISTA DE TABLAS

Contenido	Pág.
Tabla 1. Número de afiliados por compañía que ofrecen planes adicionales	13
Tabla 2. Promedio de la población encuestada	40
Tabla 3. Promedio de edad de la población encuestada según el género.....	40
Tabla 4. Promedio de edad según estrato socioeconómico	42
Tabla 5. Promedio de edad de los usuarios encuestados según tipo de aseguradora a la que se encuentran afiliados.....	44
Tabla 6. Promedio de edad de los usuarios encuestados según la fecha de la última consulta a través de su MP, PC y póliza.....	45
Tabla 7. Promedio de edad de los usuarios encuestados según la frecuencia de uso a través de su MP; PC o póliza	46
Tabla 8. Aprobación de la remisión por parte de los usuarios encuestados.....	48
Tabla 9. Determinancia de la ubicación de la Institución con respecto al lugar de residencia de los usuarios encuestados.....	56
Tabla 10. Determinancia del trato recibido por parte de la central de citas con respecto a su calificación en términos de calidad.....	57
Tabla 11. Determinancia de la puntualidad en la prestación de los servicios para acudir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad	57
Tabla 12. Determinancia del trato recibido por parte del personal administrativo para asistir a los servicios de la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad	58
Tabla 13. Determinancia de la calidad de la información recibida por el personal administrativo para asistir a la institución con respecto a su calificación en términos de calidad	58
Tabla 14. Determinancia del trámite de órdenes para asistir a la Institución con respecto a la calificación de la eficiencia del trámite con su entidad	59
Tabla 15. Determinancia del trato del personal médico-asistencial para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.....	60
Tabla 16. Determinancia de la calidad de las instalaciones SALAS DE ESPERA para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.....	60
Tabla 17. Determinancia de la calidad de las instalaciones PARQUEADEROS para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad	61
Tabla 18. Determinancia de la calidad de las instalaciones CONSULTORIOS para asistir a la Institución con respecto a su calificación	

en términos de calidad	61
------------------------------	----

LISTA DE GRAFICOS

Contenido	Pág.
Grafico 1. Distribución de afiliación por régimen en Colombia	13
Grafico 2. Facturación medicina prepagada 2010 Vs 2011 FVL	14
Grafico 3. Distribución por género de la población encuestada	40
Grafico 4. Distribución del género por Rango de edad.....	41
Grafico 5. Distribución del género por estrato socioeconómico.....	41
Grafico 6. Nivel de escolaridad de los usuarios encuestados	42
Grafico 7. Distribución de la Afiliación a EPS	43
Grafico 8. Distribución de la afiliación a MP, PC o póliza	44
Grafico 9. Distribución de la población según la fecha de la última consulta a través de su MP, PC o póliza	45
Grafico 10. Distribución según la frecuencia de uso de los usuarios encuestados a través de su MP, PC o póliza	46
Grafico 11. Distribución de los servicios visitados durante la última consulta por los usuarios encuestados	47
Grafico 12. Distribución según el generador del direccionamiento	47
Grafico 13. Distribución de las características de la institución reconocidas por los usuarios	48
Grafico 14. Distribución según la ubicación de la residencia de los Usuarios encuestados	49
Grafico 15. Preguntas 14 a 26.....	51
Grafico 16. Distribución de la Calificación de las instalaciones en términos de calidad	52
Grafico 17. Preguntas 28 a 36.....	54
Grafico 18. Considera determinante la calidad de las instalaciones de:	55
Grafico 19. Distribución de la apreciación de los usuarios encuestados acerca de la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL a través de su MP, PC y póliza	62
Grafico 20. Manifestación del deseo por parte de los usuarios encuestados de volver a consultar los servicios de la FVL	62

1. INTRODUCCIÓN

Muchos estudios han sido encaminados a responder por que las persona usan los servicios de salud, por ejemplo los realizados por Koos, Stoeckle, Zola , Freidson y Suchman que concluyen que los factores demográficos influyen en la utilización de los servicios, además demuestran que la adopción de decisiones en el campo de la salud es un proceso en el que el individuo pasa por diferentes etapas, donde las interacciones con las personas o la situación que lo rodean influyen en la decisión de tomar o no un servicio. También es importante tener en cuenta las creencias de las personas sobre las medidas que puede considerar posibles tomar y la eficacia que pueden tener y no los hechos objetivos como tal; a su vez en las creencias del individuo influyen las normas y presiones sociales de los grupos a los que pertenece. Adicionalmente, se requiere un factor que actué como detonante o señal, en el campo de la salud esas señales pueden ser internas, como la percepción del estado corporal o externas como las interacciones interpersonales, el impacto de los medios de comunicación, el conocimiento de que alguien ha sido afectado por una enfermedad entre otras¹.

Por otro lado un mercado perfectamente competitivo conlleva a que los precios se formen libremente como producto de la interacción entre la oferta y la demanda. Tal interacción está determinada por la decisión libre del individuo de consumir y por la decisión libre del productor de participar en el mercado, de aquí que la medicina prepagada ha tenido gran auge en los últimos años entrando a competir y a desplazar en muchos casos al sistema de salud actual que no ha logrado satisfacer las necesidades de la comunidad, bien sea por su ineficiencia o por lo engorroso de sus trámites².

La medicina prepagada aparece en el contexto nacional alrededor de los años 70; El Sistema Nacional de Salud, que regulaba la atención y coberturas en salud en todo el territorio nacional, se había estructurado como un modelo de operación determinado por el Estado colombiano, que unía las modalidades de servicios de salud existentes como: cajas de compensación, secretarías de salud, Instituto de Seguros Sociales, hospitales locales, que como sistema funcionaba bajo la normatividad vigente en el momento, adoleciendo de elementos que le permitieran llevar a cabo una atención de máxima calidad. La baja oportunidad en la prestación del servicio de salud, al igual que la baja cobertura y las pocas oportunidades de calidad de atención en salud del Sistema Nacional de Salud y

¹ Rosentock I. Porque la gente utiliza los servicios de salud. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. 1992;(34): 409-410

² Universidad Sergio Arboleda – Centro de documentación [Sede Web]. Bogotá: facultad de Ciencias Jurídicas y socioeconómicas. Universidad Javeriana. 1995 [Acceso mayo 22 de 2012] Amador Villaneda M. Lizarralde M. Aspectos Jurídicos de la Medicina en Colombia [Tesis de Grado]. Disponible en: http://www.usergioarboleda.edu.co/biblioteca/documentos/der_008.htm

los altos costos de la medicina particular, se constituyeron en la base sobre la cual nacerían los servicios de salud prepagados.

Las medicinas prepagadas (MP), los planes complementarios (PC) y las pólizas poseen una cobertura mayor, donde el usuario tiene derecho a los servicios contratados con la empresa de medicina prepagada en la que se haya incorporado el respectivo contrato, mediante el pago regular anticipado de un precio pactado, según el Decreto 800 de 1992. Se encuentra bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud quien debe ser garante de condiciones de calidad, idoneidad y precio y el incremento en sus precios anuales está definido por el IPC (índice de precios al consumidor). El crecimiento de los planes de MP, PC y pólizas ha estado en los últimos años en la mira del Gobierno, algunos autores presumen que mientras más colombianos estén vinculados a planes de medicina prepagada, más recursos podrán liberarse para atender el régimen subsidiado y compensar la crisis actual del Sistema de Salud³. Este sector esperaba en 2011 un crecimiento de al menos 18%, con respecto al aumento del 4% sobre el salario mínimo, es decir, 200 mil usuarios nuevos.

Durante 2011 la Fundación Valle del Lili observó una disminución del 2% en la facturación de los servicios ofertados a MP, PC y pólizas, durante el primer semestre del año con relación al año anterior (2010), que representa una diferencia de alrededor de 2000 millones de pesos. Se considera que esta disminución en la facturación corresponde a la reducción de la tasa de uso por parte de los pacientes de MP, PC y pólizas, que puede atribuirse en parte a la percepción que tienen estos usuarios acerca de la prestación del servicio y los obstáculos administrativos que encuentran en el proceso de atención. La determinación de la tasa de uso por parte de aquellos pacientes que tienen capacidad adquisitiva para acceder a MP, PC, y pólizas y su percepción acerca de la prestación del servicio y los obstáculos que encuentran en el proceso de atención es un tema que amerita ser investigado.

Es necesario analizar la respuesta de los clientes que demandan servicios a través de una encuesta, la cual debe ser abordada técnicamente y posteriormente analizada en sus diferentes variables, de tal forma que se pueda emitir una conclusión con respecto a la percepción de uso y los obstáculos que encuentran los usuarios en la prestación de los servicios, que permita a las empresas que ofertan MP, PC y pólizas, conocer como perciben los usuarios la prestación de servicios de salud y como impacta está en su decisión de acceder o no a ellos, así como sus preferencias, que les permita tomar decisiones con relación a satisfacer necesidades de los clientes que demandan sus servicios.

³ Lozano Jiménez J. Lozano Marmolejo A. Lozano Gubbay D. Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-POS. Estud. Gerenc. Cali 2003. Vol.19. No. 86 p. 3-6.4
Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Sánchez M, Ramírez I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Ed. Mayul. p. 38, marzo 2010.

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la economía, la velocidad de la comunicación y el acceso a la información ha crecido dramáticamente, es por ello que se hace necesario entender y revisar las propuestas de servicios en materia de salud y analizar la respuesta de los usuarios que demandan servicios y que adicionalmente tienen capacidad adquisitiva para acceder a través de MP, PC y pólizas, por medio de encuestas donde se evalúe su satisfacción que permita tomar decisiones con el fin de mejorar los servicios de salud y satisfacer las demandas de los usuarios.

El 2010 se presento como un año de muchas dificultades para el sector de la salud y en particular para las IPS (Instituciones prestadoras de salud), eslabón intermedio en la cadena del esquema de seguridad social. Aun con estas dificultades, la Institución bajo estudio es hoy la infraestructura hospitalaria privada más grande de la región y una de las más importantes del país. Posee más de 80.000 metros cuadrados destinados a la atención hospitalaria y a Unidades de Cuidado Intensivo y desarrolla programas de Asistencia Médica, Educación y Docencia, Investigación Clínica y Apoyo Social. Gracias los profesionales de la salud que ahí trabajan, la institución es catalogada como la de mayor oferta de especialidades y subespecialidades del suroccidente colombiano. Sus Unidades de Cuidado Intensivo, los equipos de última tecnología y el respaldo médico-científico, dan respuesta a las necesidades de salud de la comunidad y una excelente carta de presentación para los usuarios de servicios de MP, PC y póliza.

La Fundación Valle del Lili (FVL) es una organización que maneja una serie de recursos técnicos y humanos, que le ha permitido desarrollar su mercado a través de los años en un ambiente geográfico local y se ha venido preparando para enfrentar el reto de la modernización de la economía que la conducen a ser una de las primeras instituciones del Valle del Cauca y de Colombia, además, punto de referencia para otras Instituciones. La clínica cuenta con direccionamiento estratégico que incluye un análisis de fortalezas y debilidades para cada uno de los procesos y para cada uno de los servicios que presta en sus modernas instalaciones. El desarrollo de este trabajo, puede aportar al mejoramiento continuo de la organización, en lo que se refiere a la percepción del cliente frente a las características de los servicios que ofrece la Institución.

Adicionalmente este análisis debe permitir a las empresas que ofertan MP, PC y pólizas, conocer la opinión que tienen sus usuarios y como impacta su percepción acerca de la calidad de la prestación del servicio en su decisión de acceder o no a ellos, con el fin de proporcionar información que conlleve a tomar decisiones que permita satisfacer las necesidades de sus clientes. Adicionalmente se crea necesidad de conocer más acerca del origen del estímulo que lleva a aquellos que tienen capacidad adquisitiva a comprar planes que complementen el Plan Obligatorio de Salud (POS), que buscan y que los satisface en el momento de requerir un servicio de salud.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA.

En Colombia, como producto de las políticas del “Estado benefactor” y con el objetivo de proteger la salud y garantizar las pensiones se creó la Caja Nacional de Previsión Social en 1945 para los funcionarios públicos y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales para los trabajadores del sector privado⁴, En la década de los sesenta aparecen en el contexto nacional los Seguros Médicos Voluntarios como una opción para organizar los servicios de salud, que constituyó la primera empresa de atención médica a particulares creada en el país y la cual desapareció al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993⁵. A comienzos de los años 90, antes de la entrada en vigencia la Ley 100, el sector de la seguridad social con un manejo monopólico y gran autonomía cubría al 23%, de la población a través de varias entidades públicas. Se estimaba que el sector privado en forma muy dispersa cubría un 10% de la población y solo un 5% podía pagar medicina particular⁶. Con la ley 100, el gobierno reformó el sistema de salud en Colombia para ampliar la cobertura dividiendo así el sistema en dos: el Plan Obligatorio de Salud (POS), que a su vez se divide en contributivo y subsidiado, y los planes voluntarios de salud o pólizas⁷.

Datos del Dane en 2011, revelaron que de los 46.226.00 habitantes, el 57% (23.650.000) estaban afiliados al régimen subsidiado, el 43% (17.962.000) al régimen contribuido y de estos solo el 7% (1.300.000) se encontraban afiliados a MP, PC y pólizas. Según datos de Fasecolda-ACEMI, para este mismo año En Colombia había alrededor de 835.679 personas afiliadas a MP y planes complementarios, y 438 mil afiliados a compañías de seguros. El 25,5% del total de los afiliados a MP, PC y pólizas se encuentran en Cali, que corresponde a más o menos 220 mil afiliados⁸.

⁴ Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Sánchez M, Ramírez I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Ed. Mayul. p. 13, marzo 2010.

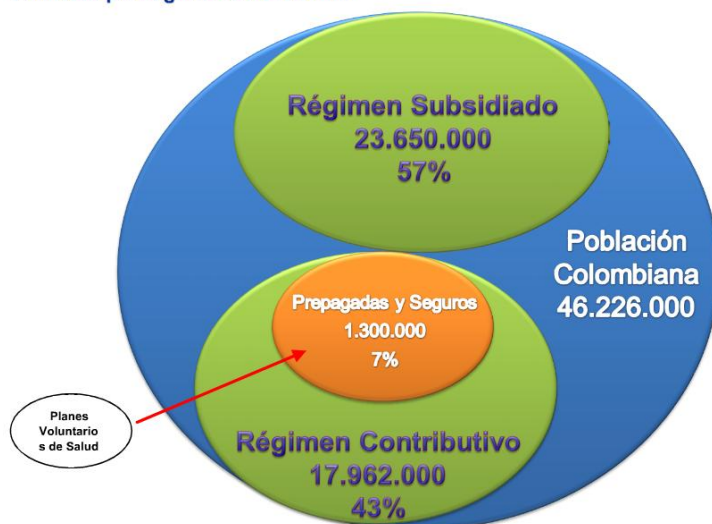
⁵ Hernández Álvarez M, Obregón Torres D. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cine años de Historia. 1902-200. Bogotá Octubre 2012. p. 184.

⁶ Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Sánchez M, Ramírez I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Ed. Mayul. p. 13-16, marzo 2010.

⁷ Lozano Jiménez J. Lozano Marmolejo A. Lozano Gubbay D. Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-POS. Estud. Gerenc. Cali 2003. Vol.19. No. 86. p: 4.

⁸ Quinche G. Los Seguros de Salud en Colombia. Simposio de Seguros de Salud Voluntarios y complementarios. ACEMI [Revista en Internet] Agosto 2011. [Acceso Julio 23 de 2013]. Disponible en: <http://www.acemi.org.co/index.php/es/eventos?layout=blog>

Grafico 1. Distribución de afiliación por régimen en Colombia
Afiliados por régimen en Colombia



Fuente: DANE/2011. Quinche G. Los Seguros de Salud en Colombia. Simposio de Seguros de Salud Voluntarios y complementarios. ACEMI [Revista en Internet] Agosto 2011. [Acceso Julio 23 de 2013]. Disponible en: <http://www.acemi.org.co/index.php/es/eventos?layout=blog>

Tabla 1. Número de afiliados por compañía que ofrecen planes adicionales.

Compañías que ofrecen Planes Adicionales

	EPS. Planes Complementarios	Afiliados 2011		Cias. Medicina Prepagada	Afiliados 2011	Cias. De Seguros	Afiliados 2011
1	COMPENSAR		1	COLSANITAS	275.629	SURAMERICANA	231.059
2	FAMISANAR		2	COOMEVA EMP	237.409	ALLIANZ	113.100
3	S.O.S - Valle		3	COLMEDICA	163.181	BOLIVAR	37.346
4	COMFENALCO (Valle - Risaralda, Antioquia)		4	CAFESALUD	72.706	LIBERTY	32.481
			5	COLPATRIA	50.889	METLIFE	14.793
			6	MEDISANITAS	35.865	GENERALLI	4.788
			7			MAPFRE	2.605
			8			PANAMERICAN	1.828
Total Afiliados a 31/12/2011:			1.273.679 - Así:		835.679		438.000

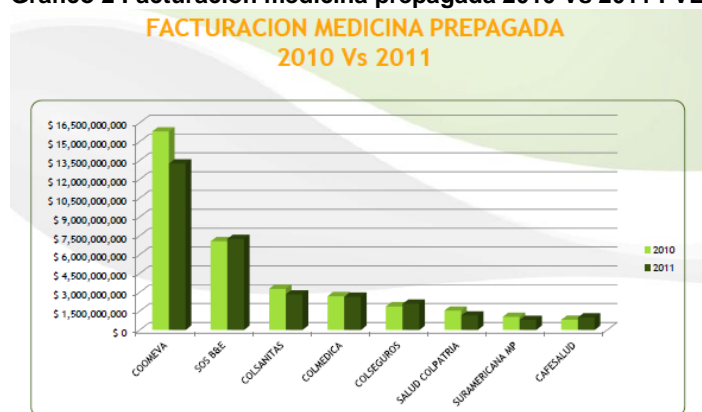
Fuente: Fasescolda-Acemi/2011. Quinche G. Los Seguros de Salud en Colombia. Simposio de Seguros de Salud Voluntarios y complementarios. ACEMI [Revista en Internet] Agosto 2011. [Acceso Julio 23 de 2013]. Disponible en: <http://www.acemi.org.co/index.php/es/eventos?layout=blog>

El 1° de enero de 2011, la FVL implemento el sistema SAP ®, con el objetivo de modernizar la prestación de los servicios médicos y asistenciales. SAP ® es un sistema de información que integra los procesos médico-asistenciales y administrativos de la Institución, con información en tiempo real facilitando la prestación de servicios de salud y la toma de decisiones. Este sistema pretende

mejorar la operación, la eficiencia en el trabajo e integración los con sistemas de información de apoyo diagnóstico. Además, incorpora procesos como: contabilidad, activos fijos, tesorería, compras, inventarios, mantenimientos, gestión humana, costos, servicios generales, facturación, admisiones, farmacia, gestión de camas, central de mezclas, auditoría médica, préstamo de historia clínica física, convenios, historia clínica electrónica, órdenes clínicas, gestión de medicamentos, agendas médicas, entre otros.

Durante este mismo año (2011) en la Fundación Valle del Lili, se observó una disminución del 2% en la facturación de los servicios ofertados a MP, PC y pólizas durante el primer semestre del año con relación al año anterior (2010), que representa una diferencia de alrededor de 2.000 millones de pesos. Se considera que esta disminución en la facturación corresponde a la reducción de la tasa de uso por parte de los pacientes de MP, PC y pólizas, que puede atribuirse en parte a la percepción que tienen estos usuarios acerca de la prestación del servicio y los obstáculos administrativos que encuentran en el proceso de atención.

Gráfico 2 Facturación medicina prepagada 2010 Vs 2011 FVL.



Fuente: SERVINTe-SAP

**FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

De acuerdo con Ramírez, Zambrano, Yepes, Guerra y Rivera cerca del 10% de los afiliados al régimen contributivo tienen un plan adicional de salud⁹. Teniendo en cuenta que estos usuarios tienen capacidad de decidir dónde quieren ser atendidos y que según consideran algunos autores, mientras más colombianos estén vinculados a planes de medicina prepagada, más recursos podrán liberarse para atender el régimen subsidiado y compensar la crisis actual del sistema de salud¹⁰. Es el estudio de la percepción de este grupo de usuarios acerca de la prestación de los servicios de salud, que buscan y que los satisface, un tema que amerita ser estudiado.

⁹ Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Sánchez M, Ramírez I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Ed. Mayul. p. 38, marzo 2010.

¹⁰ Lozano Jiménez J. Lozano Marmolejo A. Lozano Gubbay D. Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-POS. Estud. Gerenc. Cali 2003. Vol.19. No. 86 p. 3-6.4 Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Sánchez M, Ramírez I.

4. MARCO TEORICO

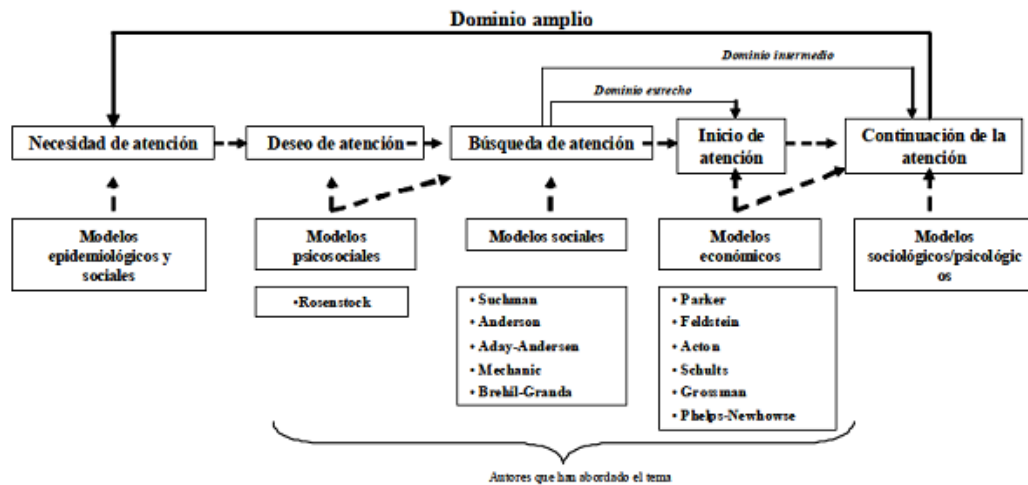
Modelos de atención en salud

En la literatura, se suele utilizar el término demanda para referirse a la necesidad o la utilización de servicios de salud. La afirmación de Matthew (1971) “la necesidad de asistencia debe distinguirse de la demanda de asistencia y del uso de servicios o utilización”, permite desglosar la toma de decisiones de un individuo en 3 fases: la que inicia con la necesidad, como dolencia, enfermedad o malestar; la que sigue con la demanda, cuando el individuo percibe que por su estado de salud requiere algún tipo de atención y toma la decisión de acercarse a los servicios de salud; y por último el uso o la utilización, cuando el individuo recibe el servicio requerido. La utilización es, pues, el resultado de una decisión que se traduce en la búsqueda de servicios de salud¹¹.

Algunos investigadores consideran que el concepto de acceso debe ser evaluado en el contexto de si la persona que actualmente tiene necesidad de atención médica, finalmente la recibe o no. Donabedian (1972) argumento que: “la prueba de acceso es uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación”, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad. Al hablar de acceso a los servicios de salud hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y esta se logra. En 1985 Frenk propuso que: “se reserve el termino acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar obtener atención... acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”.

¹¹ Clavero A. Gonzalez M. Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. Mayo 2005. P: 131-132.

Los dominios del acceso a los servicios de salud

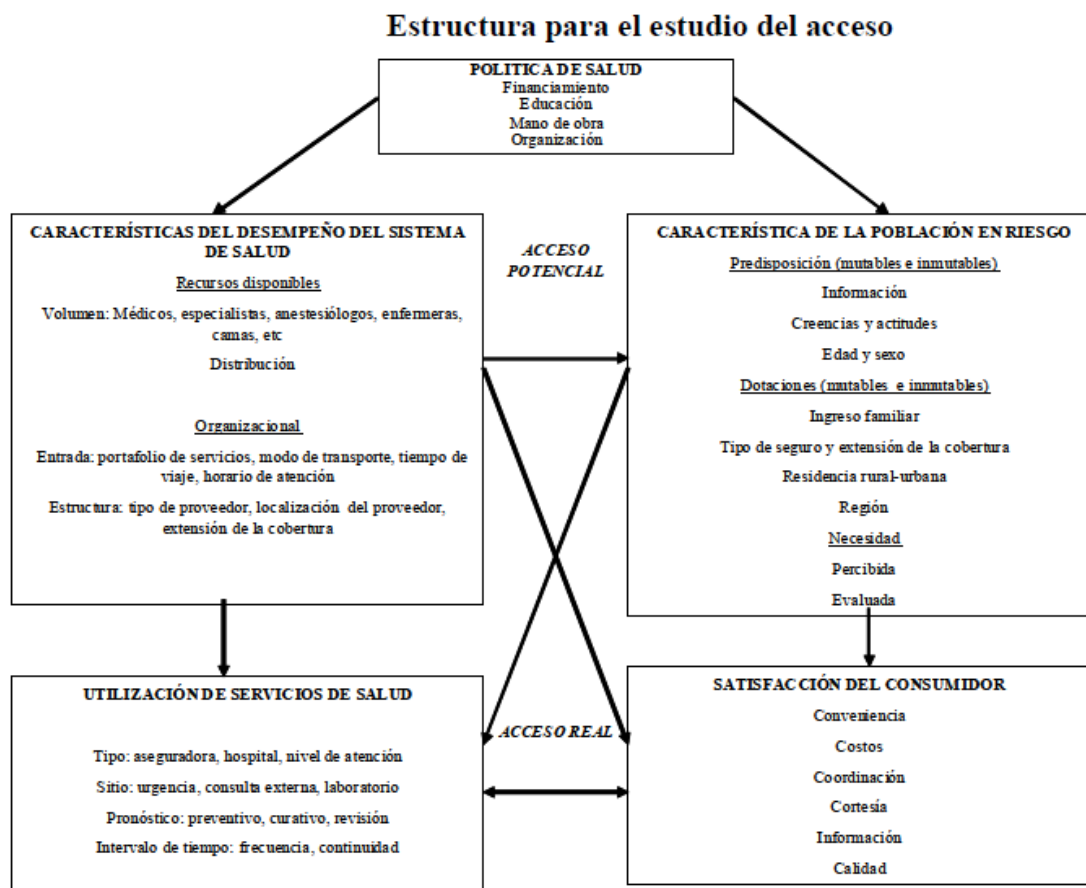


Fuente: Frenk (1985).

En esta ilustración de Frenk, se puede apreciar la naturaleza del acceso como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente. Desde el punto de vista sistémico, en este proceso están involucrados diversos momentos o etapas que pueden ser objeto de análisis o intervención; es el caso de la motivación que tienen las personas para solicitar atención, las barreras que encuentran para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final¹².

Una de las estructuras más utilizadas para analizar la utilización de los servicios de salud por parte del paciente es el *modelo comportamental* desarrollado por Andersen, Aday y otros (1974), según su estructura el acceso puede ser conceptualizado partiendo del objetivo de la política de salud, a través de las características del sistema de atención de la salud y del riesgo de la población (insumos), a los resultados o productos (utilización actual de los servicios de salud y satisfacción del consumidor de estos). Así se describe conceptualmente el proceso de búsqueda y obtención de la atención, teniendo en cuenta que antes de usar los servicios de salud se debe sentir la necesidad de atención, que los servicios deben estar disponibles a una distancia razonable, ser aceptados (confianza en el proveedor) y tener la habilidad para obtener el servicio (disponibilidad de ingresos o seguro y tiempo).

¹² Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P. 9-11



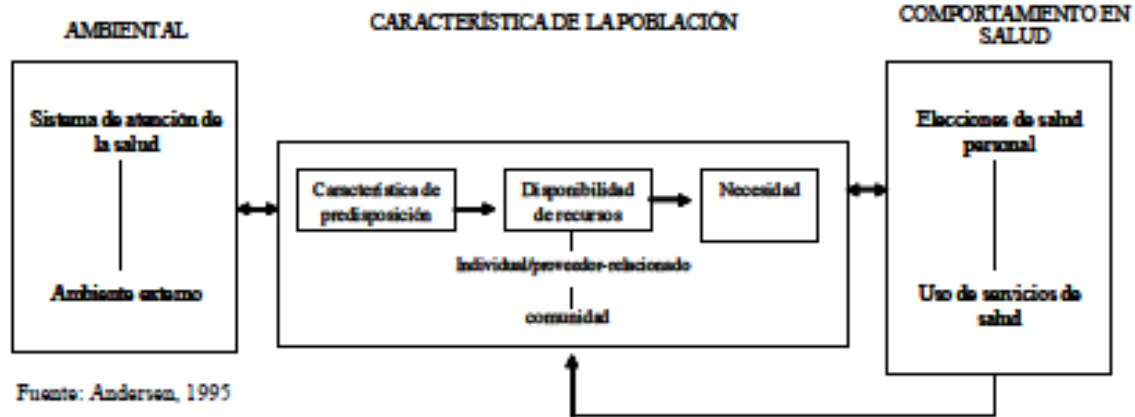
Fuente: adaptado a partir de Aday y Andersen (1974) y Andersen et al. (1983)

El *modelo comportamental* es un modelo estructurado para el análisis más que un modelo matemático y por tanto no dicta variables precisas o métodos que deban ser usados; pero en su estructura conceptual usa una perspectiva de sistema que integra un rango de variables individuales, ambientales y relacionadas con el proveedor asociadas con la decisión de búsqueda de atención¹³.

Según Aday (1993), entender los factores que influyen la utilización es útil para identificar las razones de las diferencias en utilización, satisfacción del consumidor, y resultados, y para formular políticas y programas que fomenten la apropiada utilización, desalentar la utilización inapropiada y promover la costo-efectividad de la atención. El *modelo comportamental* fue inicialmente desarrollado a finales de 1960 para contribuir en el entendimiento de por qué las familias usan los servicios de salud, con el fin de medir y definir adecuadamente el acceso a la atención de salud. Con el paso del tiempo ha sufrido alteraciones y reformulaciones dando paso a un modelo aceptado por su claridad y eficiencia en su capacidad explicativa, como en la versión de revisada por Andersen en 1995.

¹³ Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P. 9-13

Modelo de utilización de servicios de salud



El propósito de este modelo es descubrir las condiciones que facilitan o impiden la utilización de los servicios de salud. Definiendo el acceso potencial como la presencia de recursos disponibles; y el acceso real o realizado es el uso actual del servicio. Por último, el acceso efectivo se establece cuando los estudios de utilización muestran que el uso mejora el estado de salud o la satisfacción del consumidor relativo a la cantidad de servicios de salud consumida¹⁴. Su interés radica en los tres factores explicativos que condicionan el uso de la atención sanitaria: la necesidad, factores que facilitan o impiden el uso y la propensión o predisposición a utilizar los servicios médicos¹⁵.

La función primordial de la accesibilidad debe estar encaminada a aliviar el dolor, a afrontar la enfermedad y promover el bienestar. Esta implica una relación íntima entre la población y los recursos, que evidencia la existencia de obstáculos o factores que hacen viable la prestación de los servicios. Según Julio Frenk el concepto de “accesibilidad” se puede restringir al proceso de buscar y recibir atención¹⁶.

Para evaluar los efectos de la accesibilidad, no basta la cobertura teórica asociada a la extensión del aseguramiento social. Es básico que los sistemas de salud aseguren al ciudadano la garantía de acceso a los servicios. Este se relaciona con las diferentes barreras físicas y económicas que impiden la utilización de los mismos.

¹⁴ Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P.13-14

¹⁵ Clavero A. Gonzalez M. Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. Mayo 2005. P: 131-132.

¹⁶ Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología. 1992; (80): 930-931.

La medición de acceso ha tenido diversos desarrollos a partir de la formulación inicial por parte de Andersen (1968). De una aproximación desde las características pre disponentes a la enfermedad (demográficas, estructura social, actitudes) que determinaba el uso, se ha hecho una transición hacia la valoración de los determinantes (entorno, características de los sistemas de salud, los comportamientos saludables) y se establece el uso como factor intermedio y los desenlaces en salud (percepción y objetivación del estado de salud, satisfacción) como resultado final en la evaluación del acceso. Por lo tanto, la medición del acceso incluye, no solo el uso de servicios si no las relaciones entre la utilización y el estado de salud obtenido, como la satisfacción de las personas (Andersen, 1995)¹⁷.

En síntesis, en el momento de la atención la accesibilidad se puede ver afectada por cuatro obstáculos fundamentales: **geográficos, financieros, administrativos y culturales**. Los obstáculos geográficos hacen referencia a la localización de las fuentes de atención, es decir, la distribución espacial de los servicios y los recursos con respecto a la ubicación de la población. Los obstáculos financieros por su parte, hacen referencia a los ingresos económicos de los usuarios y potenciales usuarios para costear el precio integral de los servicios (transporte y tiempo empleado en la búsqueda del servicio requerido). Los obstáculos administrativos son aquellos que generan demoras para acceder a los servicios, estos generalmente corresponden a la estructura organizativa de las instituciones. Por último los obstáculos culturales hacen parte de aspectos esenciales de los seres humanos, como el idioma, las costumbres y las creencias en salud.

Citando a autores como Andersen y Aday, Donabedian y Julio Frenk; se pueden tratar de resumir los determinantes en la evaluación del acceso a los servicios de salud en dos factores básicos: los **factores que modulan el deseo de atención** que incluyen las creencia en salud, la percepción de confianza en el sistema de salud y la percepción de gravedad de la enfermedad; y los **factores que modulan el acceso** que son los que comprenden la disponibilidad de recursos, los costos de la prestación y la percepción de aceptabilidad o satisfacción¹⁸.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) básicamente ayuda a evaluar las barreras culturales. Este modelo se desarrolló en 1950 con el fin de ilustrar la baja participación de las persona en programas de prevención de salud pública, luego este mismo modelo fue adaptado para interpretar las conductas asociadas a la salud. En él se describen los factores relacionados con el usuario y explican cómo reaccionan las personas y como construyen decisiones frente a las

¹⁷ Ruiz F, Uprimny M. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ed. Ecoe. Junio 2012. p: 42

¹⁸ Rosentock I. Porque la gente utiliza los servicios de salud. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. 1992;(34): 407-410.

situaciones en las que deben elegir entre diferentes alternativas en cuanto a servicios de salud.

En el MCS se identifican tres factores que determinan las conductas de salud:

1. La percepción de amenazas sobre la propia salud.
2. Las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas.
3. Los estímulos internos o externos.

La percepción de amenazas sobre la propia salud está determinada por la percepción de vulnerabilidad ante la enfermedad y la percepción de severidad o gravedad de la enfermedad. Por su parte las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir dichas amenazas y básicamente radica en la percepción de beneficios y barreras de acceso. Por último los estímulos internos o externos definen la decisión del usuario de actuar, un estímulo interno puede ser el síntoma de una enfermedad, por su parte un estímulo externo puede ser la historia de un amigo afectado por una enfermedad. El MCS considera que estos factores favorecen a evitar conductas de riesgos, prevención de enfermedades y la adopción de estilos de vida saludables.

Normatividad.

En 1990, la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 elevó el servicio de salud al rango de servicio público. En 1992 el gobierno encontró que a pesar de los esfuerzos de varias décadas, el sector salud era insuficiente, ineficiente e inequitativo¹⁹. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, esta se encargó de promover la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres. Esta misma determinó que el SGSSS colombiano quedara dividido en dos regímenes Contributivo y subsidiado²⁰. La ley 100 del 93 cambió de un sistema de monopolio público a un modelo de participación privada con tres componentes o subsistemas: pensiones,

¹⁹ Tono Ramírez T. Acceso a servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos en siete ciudades. *ISSN: 0121-2532 ed.: Tercer Mundo Editores. 2000. v.23 fasc. p.13-14.*

²⁰ Meza Carvajalino C, Isaza Castro J. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. Archivos de Economía. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos. República de Colombia. Documento 288. 2005. p: 4.

salud y riesgos profesionales. En el caso específico del componente de salud, se establece el aseguramiento obligatorio de salud, que tiene como propósito universalizar la cobertura del plan de salud; nuevas instituciones fueron creadas para garantizar la conformación de un mercado regulado y los subsidios a la oferta son cambiados por subsidios a la demanda en un esquema donde el dinero sigue a los consumidores²¹. El supuesto fundamental de este sistema de subsidios a la demanda era que la principal barrera al acceso equitativo a los servicios era el ingreso de las personas y por medio de este, su capacidad de comprar servicios de salud²².

A los sistemas se les impone generalmente la obligación de ser equitativos, accesibles, sostenibles y de buena calidad, entre otras virtudes. Sin embargo en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS), ciertos objetivos deseados como la accesibilidad son en realidad un medio para alcanzar un fin, son metas instrumentales. Según la OMS cuanto más accesible sea un sistema, mas debería utilizarlo la gente para mejorar la salud²³.

En el artículo publicado en el año 2000 llamado “Efectos de la reforma de la Seguridad social en salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la utilización de servicios de salud” (Céspedes, J. Jaramillo, I. Martínez, M. Olaya, S. Reynales, J. Castaño, R. Garzón, E. Almeida, C. Travassos, C. Basto, F. Angarita, J), se evaluaron los efectos de la reforma sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud por medio de dos indicadores: el primero, la afiliación a la seguridad social en salud y el segundo, las razones para no utilizar los servicios de salud. En cuanto a las razones para no utilizar los servicios de salud el artículo provee una visión complementaria al respecto en la que midieron también la presencia de barreras financieras, administrativas y geográficas que podían obstaculizar la accesibilidad a los servicios de salud. Se encontró que en los segmentos no cubiertos por la seguridad social en salud, la falta de dinero constituyó la principal razón para no utilizar los servicios de salud. Entre el grupo los afiliados la primera causa fue la falta de gravedad en la patología y la falta de dinero fue la segunda causa. La conclusión del artículo fue que la reforma de la seguridad social en salud y el aumento en la cobertura favorecieron la disminución de la barrera financiera. El estudio no reveló ningún efecto de la reforma con respecto a la equidad en la utilización.

²¹ Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P. 5 - 6

²² Tono Ramírez T. Acceso a servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos en siete ciudades. ISSN: 0121-2532 ed.: Tercer Mundo Editores. 2000. v.23 fasc. p.13-14.

²³ Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P. 5

La Encuesta de Calidad de Vida 2003-2008, revelo que relevante proporción de la población considera su salud entre regular y mala y más del 15% de la población padece de alguna enfermedad crónica. En relación con la calidad de los servicios de salud, el 23% considera que los servicios de salud son menos que buenos, el 17% tiene la misma opinión en referencia con los servicios hospitalarios, el número promedio de días de espera por consulta médica u odontológica creación de 1.96 a 3.09. El promedio de días de espera por consulta de especialistas varió de 10.94 a 12.55 días. Estos resultados sugieren que los problemas de acceso y calidad están correlacionados con el incremento de la demanda de servicios²⁴.

La percepción de salud de los usuarios en términos de satisfacción de sus necesidades de salud se ha convertido en una herramienta útil para la investigación del mercadeo en salud, y que la satisfacción es el resultado de la confluencia del trabajo llevado a cabo por el profesional, factores asociados a la conducta del paciente y la estructura organizativa de las instituciones. La satisfacción es una medida importante ya que es un mecanismo para evaluar la adherencia de los pacientes a los tratamientos y a los protocolos institucionales del proveedor de servicios; es útil para evaluar los modelos de comunicación interna de las instituciones y por último es una herramienta para conocer la opinión de los usuarios y así mejorar continuamente la prestación; para efectos de esta investigación es el instrumento apropiado para que orientados desde el punto de vista del usuario, de sus sugerencias, el definirá como se deben enfocar los prestadores de los planes de MP, PC y Pólizas y las IPS para prestar un mejor servicio y al tiempo mantener los servicios ofertados al máximo de su capacidad operativa.

La prestación de un servicio de salud tiene varios factores determinantes de la calidad del mismo, entre ellos están:

- Coordinación entre los factores humanos y técnicos de la organización.
- Implican una mayor posibilidad de cometer errores en su prestación, toda vez que su aplicación y consumo son simultáneos.
- Alta interconexión del factor humano, el cual, si no está entrenado para garantizar la homogeneidad de la prestación, hará que el mismo servicio tenga prestaciones totalmente diferentes.
- El paciente interviene en la elaboración del servicio, lo está consumiendo mientras se le presta.
- Requiere de un mayor tiempo de relación cliente - organización; en el caso del servicio de salud el cliente participa todo el tiempo en su prestación.
- En los servicios no hay marcha atrás, pues son prestaciones particulares cada vez; son únicas, buenas o malas, y su efecto permanece en la mente del cliente, Por tanto es necesario siempre asegurar prestaciones de

²⁴ Ruiz F, Uprimny M. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ed. Ecoe. Junio 2012. p:47

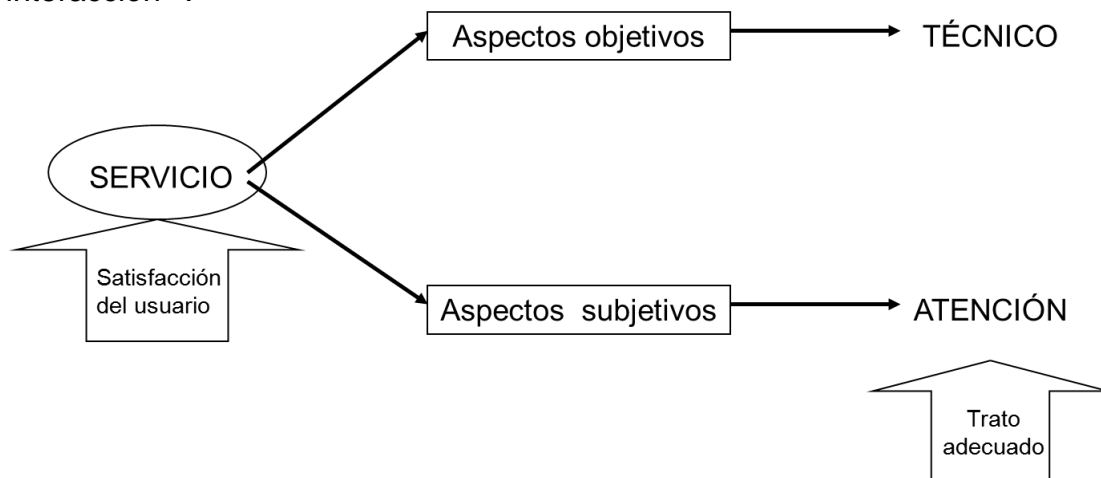
calidad a fin de asegurar una buena percepción del cliente acerca del servicio prestado.

- Existe una alta intervención de los factores emocionales. Los estados anímicos del paciente (cliente) y de quien le presta el servicio influyen sobre el resultado final del proceso.

Estos factores demuestran que la calidad de un servicio tiene dos componentes: el componente objetivo y el componente subjetivo. La **calidad objetiva** es que el procedimiento cumpla los estándares determinados por la evidencia científica. Y la **Calidad subjetiva** es que el paciente se considere bien atendido y satisfecho.

Los pacientes buscan más que una solución técnica a su problema, también tienen la expectativa de la calidad total del servicio, aquella que genere verdadera satisfacción, pero esta no depende solamente de los aspectos objetivos y técnicos, sino también de los aspectos subjetivos inherentes al sistema de atención, este aspecto ha sido recientemente resumido en el concepto de **trato adecuado**.

El trato adecuado es un concepto relativamente nuevo que debe ser claramente diferenciado del concepto de “satisfacción del paciente”, el cual es un consolidado de las interacciones clínicas (técnicas) y los aspectos no médicos (subjetivos). El trato adecuado se enfoca exclusivamente en los aspectos no médicos de la interacción del usuario con el sistema y no incorpora los aspectos clínicos de esta interacción²⁵.



FUENTE “La calidad del servicio en salud va más allá de lo técnico”. Torres C²⁶.

²⁵ Torres C. La calidad del servicio en salud va más allá de lo técnico. Casa Editorial Catorse. p: 1-6.

²⁶ Torres C. La calidad del servicio en salud va más allá de lo técnico. Revista del Instituto Técnico para la acreditación de establecimientos de salud de Argentina. ITAES. 2008; 10 (4): 29-34.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó diferentes grupos de expertos provenientes de diversos contextos culturales con el fin de integrar en el concepto de “trato adecuado” los aspectos más relevantes de la interacción de los usuarios con el Sistema de Salud, de ahí se identificaron 8 dominios:

- **Autonomía:** Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
- **Confidencialidad:** Que se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.
- **Comunicación:** Que significa que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.
- **Trato digno:** Que implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.
- **Atención pronta:** Que se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta.
- **Condiciones de las comodidades básicas:** Evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, la amplitud de éstas y la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados.
- **Acceso a redes de apoyo social:** Implica que los usuarios hospitalizados no se encuentren aislados y se mantengan en contacto con sus familiares o con otros miembros de sus redes de apoyo.
- **Capacidad de elección del proveedor del servicio:** Significa que los usuarios puedan decidir con quién y dónde atenderse.

En Colombia, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), estos dominios son identificados con las siglas COMPAS y contemplados en los indicadores de gestión de calidad planteados por el decreto 2309 del 2002 del Ministerio de Salud de Colombia, en ellos se puede observar cierta concordancia con las recomendaciones de la OMS:

- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias²⁷.

Un plan de beneficios debe reflejar la respuesta del sistema de salud ante las condiciones específicas de salud de la población y en el caso de los servicios curativos sus prioridades deben estar orientadas por el perfil epidemiológico de la población que condensa tantos sus condiciones de morbilidad como de mortalidad. Aun cuando para el año de 1995 se había realizado a instancias del ministerio de salud un estudio nacional de carga de enfermedad, el plan de beneficios no fue ajustado con base en ese perfil y es tal vez una de las razones por las que aquellos que tienen capacidad de pago acceden a MP, PC y/o pólizas.

El plan de beneficios original del SGSSS fue un derivado del listado de procedimientos del Instituto de Seguros Sociales (ISS). No existió un estudio inicial que concretara las decisiones de política o un paquete de beneficios que reflejara tanto los objetivos buscados por el legislador como la factibilidad y sostenibilidad financiera del sistema. Como consecuencia, el plan de beneficios creado fue anti-técnico, lo que a su vez ha reflejado un comportamiento inestable de la demanda de servicios.

Como Wagstaff y Van Doorslaer (1998) puntualizan, en la valoración de los principios de justicia, como en la política de salud, existe un conflicto entre dos teorías diferentes sobre la justicia: El principio igualitario y el principio libertario. El primero plantea que el acceso a la salud debe ser igual para todos, de acuerdo con sus necesidades. El segundo implica que las personas tienen la opción de proveerse mayores cuidados en salud desacuerdo con sus preferencias.

El marco político del SGSSS, en la reforma colombiana, combina las visiones igualitarias y libertarias. Plantea posiciones igualitarias en la formulación de principios y objetivos sociales, no obstante, opta por la segunda en el desarrollo de su modelo operativo²⁸.

De acuerdo con Murray y Frenk, los objetivos fundamentales de los sistemas de salud son tres: mejorar las condiciones de salud de la población, ofrecer una respuesta adecuada a las expectativas no médicas de los usuarios de los servicios

²⁷ Torres C. La calidad del servicio en salud va más allá de lo técnico. Casa Editorial Catorse. p: 1-6.

²⁸ Ruiz F, Uprimny M. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ed. Ecoe. Junio 2012. P:74-84

de salud, lo que se ha denominado trato adecuado, y garantizar protección financiera en materia de salud²⁹.

Lo novedoso del concepto de “trato adecuado” es que existen escasos antecedentes sobre la medición del mismo. Las evaluaciones previas fueron basadas fundamentalmente en entrevistas a informantes clave y han sido criticadas desde el punto de vista conceptual³⁰. El trabajo realizado en México denominado **“Trato adecuado: Respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios”** tenía como objetivo presentar los resultados en materia de trato adecuado basándose en los hallazgos de una encuesta nacional que fue diseñada para evaluar el desempeño del sistema mexicano de salud en sus tres objetivos fundamentales: mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado y proteger a la población contra gastos catastróficos por motivos de salud. La Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED) realizada en México entre noviembre de 2002 y marzo de 2003. Dicha encuesta fue coordinada por la Secretaría de Salud y en su diseño, levantamiento y análisis se contó con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud. Se entrevistó a 38.746 individuos y se basó en los 8 dominios de la OMS.

Dentro de los hallazgos de este estudio los dominios que obtuvieron las calificaciones más bajas fueron la capacidad de elección, particularmente en la atención hospitalaria, la confidencialidad y la autonomía. La comunicación, el trato digno y las condiciones de las comodidades, por su parte, obtuvieron calificaciones por arriba de 80 en una escala 0-100. Las calificaciones por sexo fueron consistentemente más altas en las mujeres. En la atención hospitalaria, las calificaciones fueron significativamente más altas entre las mujeres en los dominios de trato digno, atención pronta, autonomía, confidencialidad, apoyo social y, de manera destacada, capacidad de elección. Las diferencias más importantes se observaron entre las instituciones proveedoras de servicios de salud; en la atención hospitalaria, cuyas calificaciones muestran que los servicios Privados recibieron calificaciones significativas y notablemente más altas que las asignadas a los servicios públicos. El promedio de las diferencias para cada uno de los dominios es de alrededor de nueve puntos, lo que refleja que en materia de trato, el desempeño de los servicios públicos fue notablemente más deficiente que en los servicios privados³¹.

²⁹ Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000; 78(6):719

³⁰ Puentes-Rosas E. Ruelas E. Martínez-Monoy T. Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios. Salud Pública México 2005. p: 13.

³¹ Puentes-Rosas E. Ruelas E. Martínez-Monoy T. Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios. Salud Pública México 2005. p: 20.

Un sistema de salud ofrece un trato adecuado cuando las actividades y las relaciones institucionales en el sistema de salud se diseñan tomando en cuenta las legítimas expectativas del público al que dicho sistema sirve³². Al mejorar el nivel de trato que ofrece el sistema se produce una mejoría en el bienestar de la población, independientemente del nivel de salud de ésta y de las interacciones de tipo clínico que sucedan entre los usuarios y los prestadores de servicios. Por esta razón, la evaluación del desempeño del sistema en este rubro constituye un paso indispensable para identificar aquellos dominios donde el sistema está funcionando de manera deficiente³³.

Los resultados del estudio realizado en México muestran, que como habían descrito Murray, Kawabata y Valentine, variables como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y el tipo de institución donde se recibe la atención médica pueden condicionar el nivel de expectativas de los usuarios³⁴. Otra variable asociada con el nivel de expectativas es la calidad de las interacciones previas con los servicios de salud. Una mala experiencia puede determinar que un nivel de trato apenas aceptable sea calificado como muy bueno y las situaciones en sentido opuesto también son plausibles.

Con el fin de ubicar al trato adecuado en su real nivel de importancia, debe visualizarse la estrecha asociación que tiene el trato adecuado con los derechos humanos. En este sentido, el sistema de salud tiene la obligación, dentro de su ámbito de competencia, de garantizar el respeto a los derechos de los individuos. Como un ejemplo concreto de esta asociación entre el trato adecuado y los derechos humanos, se puede describir la situación particular del dominio de autonomía. La autonomía involucra principios tales como la libertad de buscar, recibir y difundir información, así como el derecho a participar de una forma libre, significativa y efectiva en decisiones que afectan su propio desarrollo, en ausencia de información completa y objetiva, un individuo no puede tomar decisiones autónomas respecto a los servicios médicos que está adquiriendo³⁵.

El modelo propuesto es una adaptación del concepto de “accesibilidad” de Julio Frenk y sus “dominios”. En este modelo el momento “previo” se refiere a la decisión tomada de buscar y recibir atención o “poder de utilización, a las expectativas que tiene el usuario sobre la prestación del servicio y concepto previo de integralidad; el momento de “uso real” es aquel en el que se recibe el

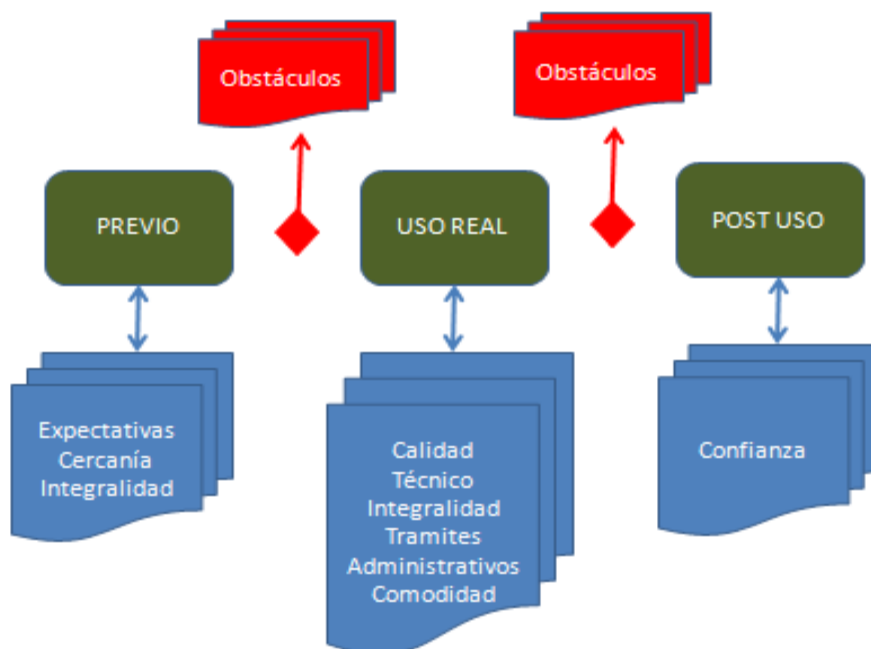
³² Puentes-Rosas E. Ruelas E. Martínez-Monoy T. Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios. Salud Pública México 2005. p: 17.

³³ Evans B, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: From the system to the provider. Int J Qual Health Care 2001; 13(6):440-441.

³⁴ Puentes-Rosas E. Ruelas E. Martínez-Monoy T. Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios. Salud Pública México 2005. P: 18.

³⁵ Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. Health Affairs 2001; 20(3):18.

servicio, la percepción al respecto de este momento está definida por concepto de calidad, de capacidad técnica, percepción de integralidad y la comodidad de las instalaciones. Por último, el momento del “post-uso” como su nombre lo indica se da después de recibir el servicio y se determina por la confianza generada en el usuario y la fidelidad obtenida. Entre los momentos del modelo se deben determinar los “obstáculos” percibidos por el usuario en el momento de la prestación del servicio, obstáculos que pueden ser financieros, geográficos, administrativos y culturales con respecto al momento evaluado.



Fuente: Adaptación del concepto de “accesibilidad” de Julio Frenk y sus “dominios”.

5. HIPOTESIS

Durante el 2011, la Fundación Valle del Lili, se observó una disminución del 2% en la facturación de los servicios ofertados a los usuarios afiliados a MP, PC y pólizas durante el primer semestre del año con relación al año inmediatamente anterior (2010), que representa una diferencia de alrededor de 2000 millones de pesos en la facturación.

Se considera que dicha disminución es atribuible a una percepción negativa acerca de la prestación de los servicios de salud por parte de los usuarios de MP, PC y pólizas en la institución y a su vez a la idea creciente de que han aumentado los obstáculos de tipo administrativos.

6. OBJETIVOS

6.1 General:

- Determinar los factores que condicionan el uso de los servicios de salud por parte de los usuarios de MP, PC y pólizas que consultan en la Fundación Valle del Lili.

6.2 Específicos:

- Caracterizar los usuarios de MP, PC y pólizas que consultan los servicios de la Fundación Valle del Lili.
- Identificar los obstáculos de orden financiero, geográfico, administrativo y cultural que están influyendo en la frecuencia de uso.
- Establecer la percepción acerca de la prestación de los servicios de salud ofertados en la Fundación Valle del Lili en términos de calidad por parte de los usuarios de MP, PC y pólizas.
- Definir las debilidades en la prestación de los servicios de la Fundación Valle del Lili

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de estudio

Estudio de corte transversal.

7.2. Población de referencia

Según datos de Fasecolda-ACEMI, en 2011 en Colombia había alrededor de 835.679 personas afiliadas a medicinas prepagadas y planes complementarios, y 438 mil afiliados a compañías de seguros. El 25,5% del total de los afiliados a MP y PC se encuentran en Cali, que corresponde a más o menos 220 mil afiliados.

7.3. Población objetivo

Durante 2010, se realizaron 539.898 actividades usuarios de MP, PC y pólizas utilizaron los servicios de la FVL, Hospitalización, Urgencias, Cardiología no invasiva, Cirugía, Endoscopia, Imágenes diagnosticas, Laboratorio clínico, Quimioterapia, Radioterapia, Rehabilitación Humana, Medicina Nuclear, Cateterismo y Electrofisiología y consulta Externa. Mientras en 2011, se realizaron 480.662 actividades a usuarios de MP, PC y pólizas consultaron estos mismos servicios.

7.4. Muestra

Utilizando el paquete estadístico EpiInfo, se determino que con una frecuencia esperada del problema, donde la disminución en la tasa de uso por parte de los afiliados a MP y PC se debe a los obstáculos administrativos percibidos por los usuarios sea del 60%, con un límite de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, la muestra de usuarios a encuestar para el estudio en mención es de 368 usuarios, que deben ser encuestados con el fin de demostrar esta hipótesis.

7.5 Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan requerido servicios de salud en la FVL entre 2010 y 2011.
- Hombres y mujeres mayores de edad.
- Usuarios que de forma voluntaria deseen participar en el estudio

7.6 Criterios de exclusión

- Personas con trastornos cognitivos.
- Personas con manejo por psiquiatría.

8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TABLA OPERACIÓN DE VARIABLES					
	NOMBRE	OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CODIFICACION
Caracterización de la población	EDAD	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	--
	GÉNERO	Género de la persona	Cualitativa	Nominal	M= Masculino, F= Femenino.
	ESTRATO SOCIO ECONÓMICO	Estrato socioeconómico según la clasificación del recibo de los servicios públicos.	Cualitativa	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6
	NIVEL DE ESCOLARIDAD	Nivel de escolaridad cursado por el usuario hasta la fecha	Cualitativo	Nominal	(1)Bachiller (2)Técnico (3)Universitario (4)Post-grado
	AFILIACIÓN A EPS	EPS a la que se encuentra afiliado el usuario actualmente	Cualitativo	Nominal	---
	AFILIACIÓN A EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA	Empresa de Medicina Prepagada, Plan complementario o Póliza a la que está afiliado el paciente	Cualitativa	Nominal	---
	FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	Cuando fue la última vez que consulto a los Servicios de la FVL	Cuantitativa	Razón	(1)Menos de un mes (2) entre 2 y 3 meses (3)mas de 3 meses (4)mas de 6 meses
	SERVICIO DE CONSULTA	Servicio utilizado durante la última visita	Cualitativa	Nominal	--
	FRECUENCIA DE CONSULTA	Frecuencia con la que utiliza los servicios a los que tiene acceso con su Plan de MP, PC y/o Poliza.	Cualitativa	Nominal	(1)Primera vez. (2)Frecuentemente. (3)Periódicamente. (4) Ocasionalmente.
	GENERADOR DE LA REMISIÓN	Quien generó el direccionamiento a dicho servicio	Cualitativa	Nominal	(1)Direccionado por su EPS. (2) Direccionado por su ARP. (3) Direccionado por el médico de su MP. (4) Preferencia personal. (5)Medico externo.
	ACEPTACIÓN DE LA REMISIÓN	Está de acuerdo con la decisión de la Remisión	Cualitativa	Nominal	(1)Acepta. (2)No Acepta (3) No contesta. (4) No. Por qué?
TABLA OPERACIÓN DE VARIABLES					
Momento Previo	RECONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN	Que es lo primero que reconoce el usuario a la FVL cuando le hablan de ella.	Cualitativa	Nominal	(1)Calidad del servicio(3) Cómodas instalaciones (4) alta complejidad de los servicios (5) confianza en el personal médico-asistencial.
	PERCEPCIÓN DE INTEGRALIDAD	En que nivel considera que la FVL cuenta con todos los servicios requeridos para suplir las	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
	UBICACIÓN GEOGRAFICA	Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	(1)Norte (2)Sur (3)Este (4) Oeste (5)Centro
		La ubicación es determinante para acceder a los servicios en la institución	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	TRATO DE LA CENTRAL DE CITAS	Como califica la ubicación de la institución con respecto a su residencia	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Como considera el servicio recibido por parte de las personas que contestan en la central de citas de FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
	CALIDAD DEL SERVICIO LA CENTRAL DE CITAS	El trato es determinante para asistir a los servicios ofertados por la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
		Como considera la prestación general de la "Central de citas" de la FVL en términos de de calidad	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
	OPORTUNIDAD EN LA CITAS	Como considera la oportunidad en la programación de la citas asignadas por de la "Central de Citas" de la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

TABLA OPERACIÓN DE VARIABLES					
Momento de uso	PUNTUALIDAD EN LAS CITAS	Considera la puntualidad en la atención un factor determinante para asistir a los servicios ofertados por la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	CALIDAD EN LA ATENCIÓN	Trato del personal de los servicios diferentes al servicio de consulta	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Trato de la secretaria del servicio de consulta	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera determinante el trato del personal administrativo para asistir a los servicios ofertados en la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera determinante la calidad de la información para asistir a los servicios de la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	TRÁMITES ADMINSTRATIVOS	Eficiencia para llevar a cabo el trámite de órdenes y servicios	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera un factor determinante la eficiencia en el trámite de órdenes y servicios para acudir a la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	PUNTUALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Percepción del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera determinante la puntualidad en la prestación del servicio para acudir a la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	PERSONAL MÉDICO-ASISTENCIAL	Trato del personal Médico-Asistencial	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera el trato del personal Médico-Asistencial determinante para acudir a los servicios de la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
		Capacidad técnica del personal Médico-Asistencial	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera determinante la capacidad tecnológica para acudir a los servicios de la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
	COMODIDAD	Percepción de la comodidad de las salas de espera	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Percepción de la comodidad de los consultorios	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera la comodidad un factor determinante para acudir a los servicios de la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
		Percepción del servicio de parqueaderos	Cualitativa	Nominal	(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente
		Considera determinante el servicio de parqueadero para acudir a la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Nada (2)mas o menos (3)muy (4)demasiado
TABLA OPERACIÓN DE VARIABLES					
Momento Post-Usó	CONTINUIDAD DEL SERVICIO	Considera fácil o no continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta.	Cualitativa	Nominal	(1)difícil(2)fácil (3)Le es indiferente
	CONFIANZA	Desea volver a consultar los servicios de la FVL	Cualitativa	Nominal	(1)Si (2)No (3) No contesta

9. Plan de recolección de la información

Instrumentos y aplicación

Los datos serán obtenidos a partir de la base de datos de usuarios de MP, PC y pólizas que hayan utilizado algún servicio en el FVL entre 2010 y 2011, se seleccionarán aleatoriamente los usuarios que van a ser encuestados. El instrumento aplicado para los fines de esta investigación está basado en la tesis de maestría: “*Modelo de evaluación de la percepción de los servicios por parte de los clientes en un Hospital de alta complejidad en salud*” 2007³⁶, el instrumento utilizado durante la investigación en mención fue validado y aplicado en la Fundación Valle del Lili. Los participantes en el estudio serán contactados telefónicamente por la investigadora en calidad de colaboradora de la Fundación Valle del Lili, para aplicar y contestar la encuesta. Durante la entrevista se explicará el objetivo de la investigación, las implicaciones para los encuestados al participar en este estudio y la forma de ubicar a la investigadora de ser necesario. (Ver Anexo No. 1)

10. Plan de análisis de la información

Instrumentos y aplicación

Los datos serán obtenidos a partir de las encuestas realizadas a los usuarios de MP, PC y pólizas. La encuesta indagará a los usuarios a través de preguntas directas, con el fin de tratar de determinar la percepción que tienen estos sobre la prestación del servicio y las barreras que pueden encontrar al tratar de acceder a los mismos. Las encuestas serán revisadas, clasificadas y posteriormente tabuladas en “Encuesta Fácil”, únicamente por la investigadora, se utilizará el paquete estadístico R para determinar medidas de tendencia central y así mismo para caracterizar la población, cruzar y determinar variables y obtener datos estadísticos que arrojen las encuestas.

Para los datos cuantitativos como la edad se utilizará como medida de tendencia central la mediana y como medida de dispersión el rango. Para la frecuencia de consulta por su parte, se utilizará como medida de tendencia central la moda. Para los datos cualitativos se determinará la frecuencia con ayuda de Excel.

Con el fin de correlacionar las variables se utilizará el paquete estadístico R donde se aplicarán tablas de contingencia, posteriormente para identificar relaciones de dependencia entre las variables que en su mayoría son cualitativas, se utilizará el χ^2 (Chi-cuadrado), cuyo cálculo permitirá afirmar con un nivel de confianza

³⁶ Lopez M. Moreano D. Modelo de evaluación de la percepción de los servicios por parte de los clientes en un hospital de alta complejidad en salud. Santiago de Cali, 2007, 172 p. Tesis Maestría (Magíster en Administración). Universidad Icesi. FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS. [Acceso 24 de septiembre de 2012]. Disponible in Biblioteca Digital. Universidad Icesi. <http://hdl.handle.net/10906/5482>

estadístico determinado si los niveles de una variable cualitativa influyen en los niveles de la otra variable nominal analizada.

Con ayuda de Excel se graficarán los datos para las variables cualitativas para los que se determinaron las frecuencias con gráficos de barra o pastel, para comparar las variables cualitativas se utilizarán gráficos de barras agrupadas y barras proporcionales. Para aquellos datos cuantitativos se utilizarán histogramas.

En esta investigación se utilizó el contraste estadístico Chi – Cuadrado de Pearson para verificar si existe dependencia entre algunas variables que se decidieron analizar.

Se utilizaron tablas de contingencia para examinar la relación entre dos variables categóricas, o bien explorar la distribución que posee una variable categórica entre diferentes muestras. La independencia de dos variables consiste en que una de las variables es similar sea cual sea el nivel que examinemos de la otra. Esto se traduce en una tabla de contingencia en que las frecuencias de las filas y columnas son aproximadamente proporcionales.

La prueba de independencia Chi-Cuadrado de Pearson contrasta la hipótesis de que las variables son independientes, frente a la hipótesis alternativa de que una variable se distribuye de modo diferente para diversos niveles de la otra.

La Prueba Chi-Cuadrado de Pearson es una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (Bondad de ajuste). Al ser un contraste no paramétrico, no se asume ninguna distribución para los datos.

Para esta investigación se analizó si las variables elegidas bajo la prueba de dependencia Chi Cuadrado de Pearson cumplen o no las siguientes hipótesis de investigación de manera general:

Hipótesis a contrastar por medio del estadístico Chi cuadrado de pearson.

Ho: Las Variables intervenidas son Independientes.

Ha: Las Variables intervenidas No son independientes.

La prueba de independencia Chi-Cuadrado de Pearson tiene muy pocas limitaciones, entre ellas para que se pueda considerar correcta la significación calculada por el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson, se debe cumplir que las frecuencias esperadas no sean muy pequeñas (inferiores a 5), si mas del 20% de las casillas cuenta con frecuencias inferiores a 5, se debe utilizar una prueba que no incluya aproximaciones, como el Test Exacto de Fisher³⁷.

³⁷ F. Baron Lopez. F. Tellez Montiel. Apuntes de bioestadística. Métodos y aplicaciones.

El test exacto de Fisher permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es demasiado pequeña y no se cumplen las condiciones necesarias para que la aplicación del test.

Chi cuadrado se adecua. Estas condiciones exigen que los valores esperados de al menos el 80% de las celdas en una tabla de contingencia sean mayores de 5. Así, en una tabla 2x2 será necesario que todas las celdas verifiquen esta condición, si bien en la práctica suele permitirse que una de ellas muestre frecuencias esperadas ligeramente por debajo de este valor, el test exacto de Fisher se basa en evaluar la probabilidad asociada a cada una de las tablas 2 x 2 que se pueden formar manteniendo los mismos totales de filas y columnas. Cada una de estas probabilidades se obtiene bajo la hipótesis nula de independencia de las dos variables que se están considerando.

Posteriormente, estas probabilidades se usan para calcular valor de la p asociado al test exacto de Fisher. Este valor de p indicará la probabilidad de obtener una diferencia entre los grupos mayor o igual a la observada, bajo la hipótesis nula de independencia. Si esta probabilidad es pequeña ($p < 0.05$) se deberá rechazar la hipótesis de partida y se debe asumir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas. En caso contrario, se dirá que no existe evidencia estadística de asociación entre ambas variables³⁸.

Al realizar la prueba piloto con un usuario conocido se decidió eliminar de la encuesta la pregunta numero **34. Considera determinante la puntualidad en la prestación del servicio para acudir a la FVL**, ya que en contexto es igual a la pregunta numero **30. Considera la puntualidad en la atención un factor determinante para asistir a los servicios ofertados por la FVL**. Este cambio fue realizado en todas las encuestas.

Se realizaron 380 encuestas, de las cuales se descartaron 12 ya que los usuarios no finalizaron la encuesta. Las encuestas fueron ingresadas a un Link creado en “Encuesta Fácil”, se trata de una herramienta web de encuestas online, que permite a los usuarios elaborar por sí mismos, de una forma rápida y sencilla, encuestas internas y externas que ayuden en la toma de decisiones. Además permite obtener información en tiempo.

Una vez obtenidos los datos de esta plataforma en un archivo de Excel se depuró la información y para aquellas preguntas formuladas de forma en que el encuestado respondió de manera abierta, se trató de estandarizar la respuesta por ejemplo; “EPS a la que se encuentra afiliado”, esto con el fin de homogenizar la información y poder ser posteriormente analizarla en el paquete estadístico con el que se decidió trabajar.

³⁸ Pértiga Díaz S, Pita Fernández S. Asociación de variables cualitativas: El test exacto de Fisher y el test de McNemar. Actualizada el 14/11/2004. [Acceso Agosto 1 de 2013]. Disponible en www.fisterra.com

Los cuadros y graficas de frecuencia, así como algunas tablas de contingencia se realizaron con la ayuda de Excel.

Se decide utilizar la asesoría de un estadístico, para realizar el análisis de datos en el paquete estadístico R (Ihaka & Gentleman 1996; R Development Core Team 2007) pues es un programa en lenguaje de programación de uso libre, de distribución gratuita y de código abierto (i.e., el código fuente del programa está disponible para los usuarios), desarrollado como un gran proyecto colaborativo de estadísticos de diversos países y disciplinas. R también es un programa basado sobre comandos, en el que se puede acceder a todos los procedimientos y opciones a través de sintaxis computacional. Fue oficialmente presentado en 1997 y es un software libre que se rige por la licencia general pública ("General Public License" o GPL) de la fundación de software libre ("Free Software Foundation" o GNU, <http://www.gnu.org/>)³⁹.

11. Consideraciones éticas

En la investigación participaran 368 usuarios de MP, PC y pólizas que requieren o han requerido servicios médicos en la FVL entre 2010 y 2011. Todos los sujetos serán mayores de edad. Se excluirán del estudio personas con trastornos cognitivos. La fuente de información será una encuesta diseñada por la investigadora, que se aplicara a los 368 usuarios de MP, PC y pólizas que serán seleccionados aleatoriamente a partir de la base de datos proporcionada por la FVL, para participar en el estudio. Los sujetos serán contactados telefónicamente por la investigadora en calidad de colaboradora de la Fundación Valle del Lili, que aplicará la encuesta.

A todos los sujetos que participen en el estudio se les informará el objetivo de la investigación, la identidad y forma de ubicar a la investigadora y como será su participación en el estudio.

Las encuestas serán completamente confidenciales y la información obtenida solo será manejada y tabulada por la investigadora en calidad de Colaboradora de la Fundación Valle del Lili donde existe el compromiso de presentar los resultados de esta investigación con el fin de mejorar la prestación de servicios.

Con respecto al nivel de riesgo al que están expuestos los participantes en el estudio, ya que no se realizará ninguna intervención o modificación sobre las

³⁹ Salas C. ¿Por qué comprar un programa estadístico si existe R? Ecol. austral v.18 n.2 Córdoba [Revista en Internet] mayo/ago. 2008. [Acceso Agosto 26 de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1667-782X2008000200007&script=sci_arttext

variables biológica, fisiológica, psicológicas o sociales intencionada en los individuos que participaran en el estudio, esta investigación está catalogada como “Investigación sin riesgo” según la Resolución de ética numero 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud.

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios, en sus numerales:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- c) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- d) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- e) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando

cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

ARTICULO 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en 3 categorías. Según este artículo la presente investigación se encuentra en la categoría:

- a) **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

ARTICULO 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

ARTICULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada , en forma completa y clara al sujeto de

investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

12. Resultados

Análisis descriptivo de la información.

Tabla 2. Promedio de la Población Encuestada.

Promedio	Desv Est.	CV	Asimetría	Kurtosis	Min	25	50	75	Max	n
54,46	16,73	31%	-0,342	-0,683	18	41	57	67	89	368

Según la **tabla 2**, el promedio de edad de los usuarios encuestados es de 54 años con una desviación estándar de ± 16 años, con un coeficiente de variación de aproximadamente el 31%, lo cual indica que habrá que tener cuidado si se pretende realizar alguna técnica estadística posterior en la cual se vea involucrada la variable edad, y posiblemente el promedio de edad estimado no esté representando del todo la edad de la población muestreada.

Cabe mencionar también que la distribución muestral de la variable edad tiene asimetría negativa es decir que se tiene una cola de izquierda pesada, que nos da una idea de cómo se comporta la distribución muestral de la edad.

De los 368 usuarios de MP, PC, y pólizas que utilizaron los servicios de la FVL durante 2010 y 2011, el 72% (265) fueron mujeres y el 28% hombres (103), según el **grafico 3**.

Gráfico 3.

Distribución por género de la población encuestada

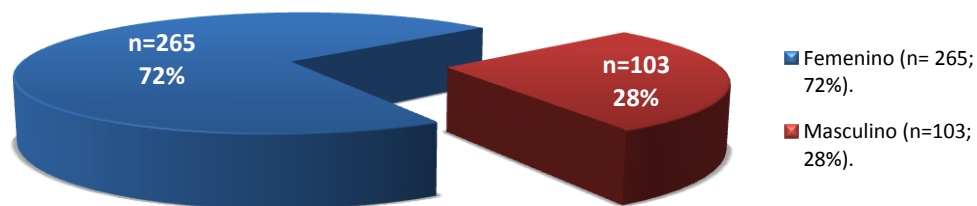


Tabla 3. Promedio de edad de la población encuestada según el género.

Género	Promedio	Desv Est.	CV	Asimetría	Kurtosis	Min	25	50	75	Max	n
Femenino.	54	16,4	30%	-0,414	-0,612	18	43	57	67	87,0	265
Masculino.	53	17,5	33%	-0,169	-0,792	18	40	56	66	89,0	103

Según la **tabla 3**, el promedio de edad de las mujeres encuestadas es de 54 años con una desviación estándar de ± 16 años y un coeficiente de variación de aproximadamente el 30% y asimetría negativa de la distribución muestral de la

edad; por otro lado el promedio de edad de los hombres encuestados es de 53 años, con una Desviación estándar de ± 17 años y un Coeficiente de Variación de aproximadamente el 33% y asimetría negativa de la distribución muestral de la edad. El Coeficiente de Variación en ambos géneros indica que la edad de los usuarios encuestados tiene una variabilidad considerable con respecto del promedio de la edad.

Según el **gráfico 4**, Dentro del rango de edad entre 56 y 65, el 18% (67) de los encuestados fueron mujeres y el 7% (24) fueron hombres, rango en el que encontramos la mediana de la edad (57 años) según la **tabla 1**. Este gráfico permite observar que la edad tiene una dispersión considerable con respecto de la media muestral (Coeficiente de Variación = 31%) entre los géneros masculino y femenino.

Gráfico 4.

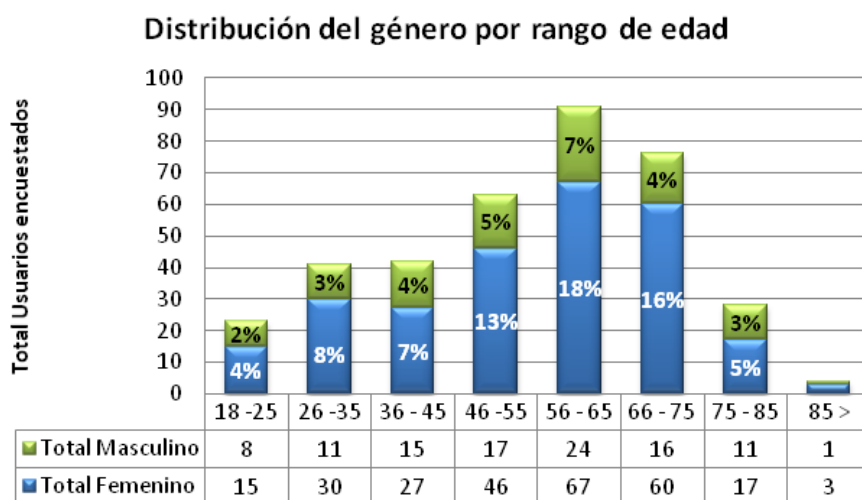
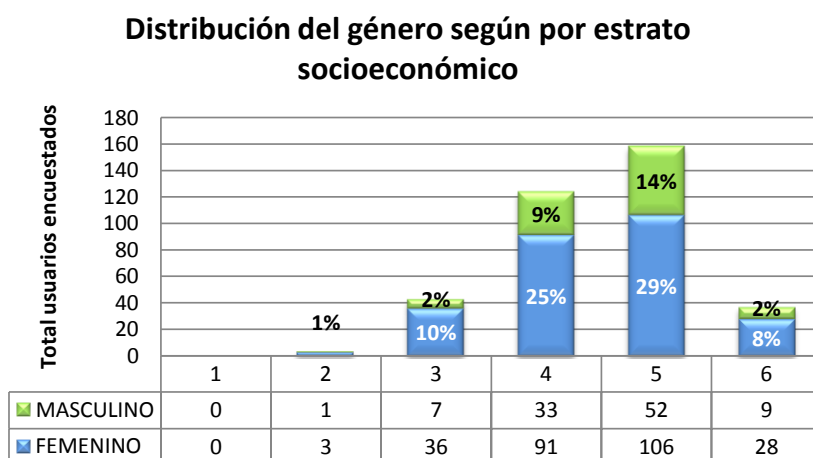


Gráfico 5.



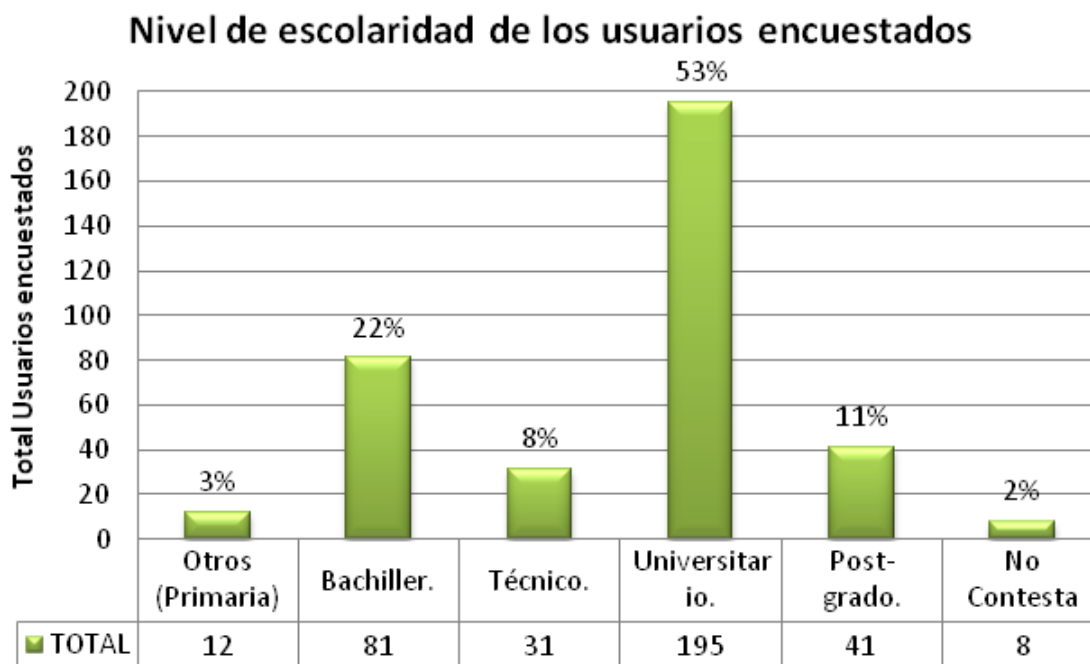
Los usuarios encuestados se encuentran en su mayoría entre los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6. El 34% (124) pertenecen a estrato 4, el 43% (158) a estrato 5 y el 10% (37) al estrato 6. De aquellos que pertenecen a estrato 4 (124), el 9% (33) son hombres y el 25% (91) mujeres; de los que pertenecen al estrato 5, el 14% (52) de los encuestados son hombres y el 29% (106) mujeres; y de los que pertenecen a estrato 6, el 2% (9) de los encuestados son hombres y el 8% (28) mujeres, según los señala la **gráfica 5**.

Tabla 4. Promedio de edad según estrato socioeconómico.

	Promedio	Desv Est.	CV	Mín	25	50	75	Max	n
Estrato 2	57	13,9	24%	38	53,75	61,5	65,5	70	4
Estrato 3	53	20,2	38%	19	36	57	70	87	43
Estrato 4	54	15,4	28%	18	45	57	66,25	86	124
Estrato 5	53	16,7	31%	18	40	55,5	66	86	158
Estrato 6	57	16,2	28%	19	45	61	68	83	37
No contesta	85	49,5	6%	82	84	85,5	87,25	89	2

En la tabla 4, se puede observar que para cada estrato la de edad es muy similar alrededor de los 50 años, dado el coeficiente de variación para cada estrato hay individuos de diferentes edades, para el estrato 2 tenemos individuos por encima de 38 años, y los 2 usuarios que no contestaron cual era su estrato son individuos por encima de los 80 años.

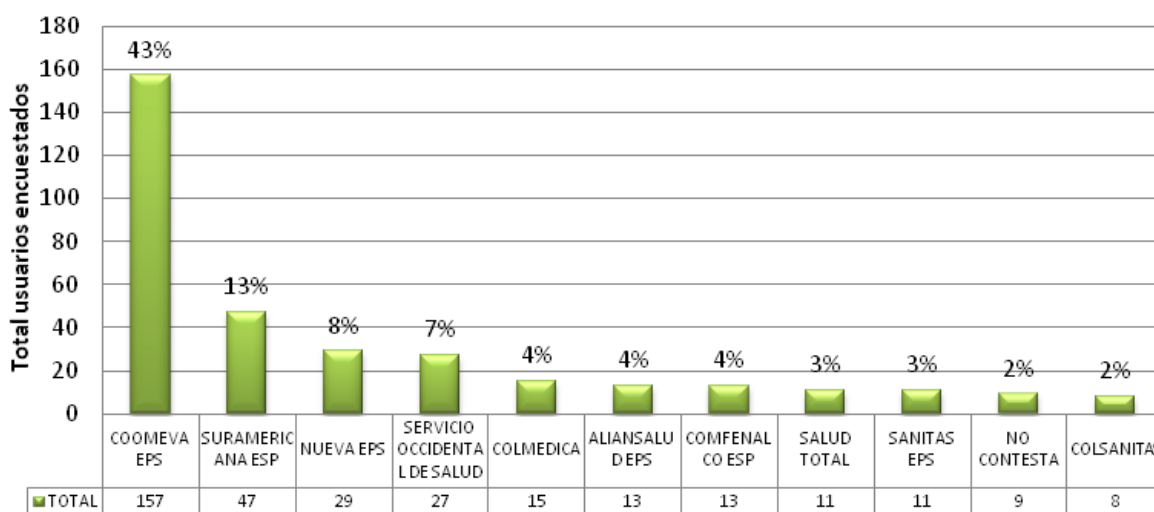
Gráfico 6.



El **gráfico 6** muestra que, de los 368 usuarios encuestados el 53% (195) tienen título universitario, el 22% (81) alcanzaron título de Bachiller y el 11% (41) obtuvo algún título de post-grado.

Gráfico 7.

Distribución de la Afiliación a EPS



Como muestra el **gráfico 7**, de los 368 usuarios encuestados que acudieron a través de su MP, PC o póliza a los servicios de la FVL entre 2010 y 2011, el 43% (157) se encontraron afiliados a Coomeva EPS, el 13% (47) se encuentran afiliados a Suramericana EPS, el 8% (29) a Nueva EPS y 7% (27) a Servicio Occidental de Salud EPS, esto en cuanto a su afiliación al Plan Obligatorio de Salud (POS).

En cuanto a la afiliación a MP, PC o pólizas, como muestra el **gráfico 8**, el 52% (191) de los usuarios encuestados manifestaron encontrarse afiliados a Coomeva Medicina Prepagada, el 12% (44) afiliados a Suramericana Medicina Prepagada, el 7% (25) afiliados a Colmedica, el 6% (22) afiliados a SOS Plan Complementario Bienestar y el 5% (19) a Suramericana póliza.

Gráfico 8.

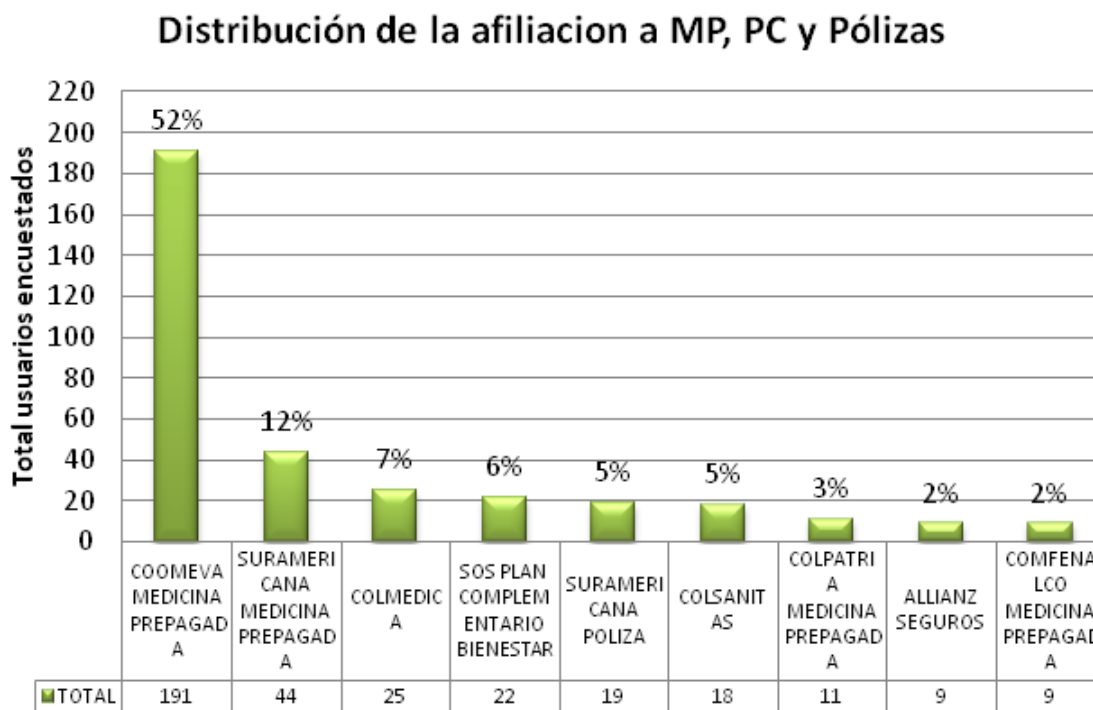


Tabla 5. Promedio de edad de los usuarios encuestados según tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados.

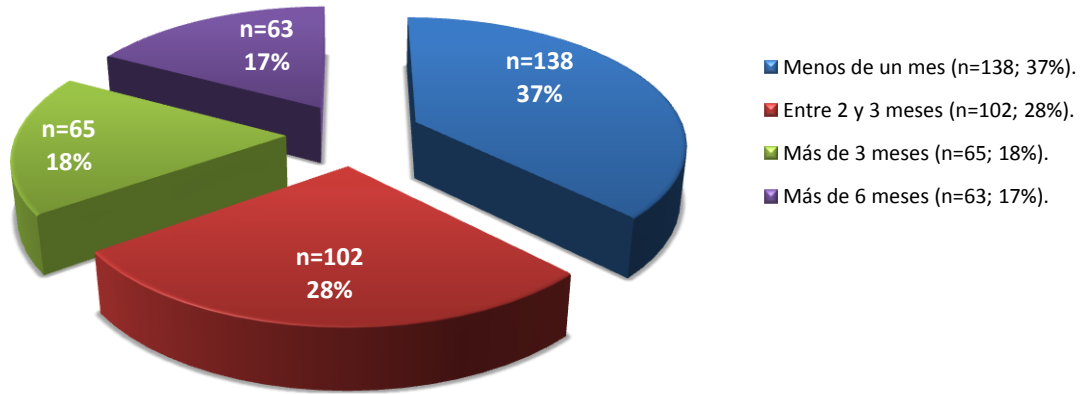
	Promedio	Desv Est.	CV	Asimetría	Kurtosis	Min	25	50	75	Max	n
MP	55	16,7	30%	-0,366	-0,646	18	42,5	58	67	89	319
PC	45	16,9	37%	-0,055	-0,122	18	31,5	45	59,5	72	23
Póliza	52	15,40	29%	-0,439	-0,355	18	45	52	64,5	80	26

Según la **tabla 5** podemos observar que los usuarios de PC son individuos que tiene una edad promedio de 45 años mientras que los usuarios de MP y pólizas superan los 50 años de edad en promedio, las desviaciones estándar para cada tipo de aseguradora son muy similares con respecto al promedio de la edad, mientras que sus coeficientes de variación indican que los usuarios de Planes Complementarios se compone de individuos con edades diferentes.

La edad para los tres tipos de aseguradora incluyen todos los grupos de edad Jóvenes Adultos y ancianos.

Gráfico 9.

Distribución de la población encuestada según la fecha de la última consulta a través de su MP, PC o Póliza



El **gráfico 9** muestra que más del 50% de los usuarios encuestados, manifiesta haber consultado por última vez a través de su MP, PC o póliza en un lapso menor a 3 meses, así: 37% (138) usuarios manifestaron haber acudido a algún servicio de la FVL en un lapso de tiempo menor a un mes, el 28% (102) entre 2 y 3 meses, mientras que el 18% (65) consulto por última vez en un lapso de tiempo mayor a 3 meses y el 17% (63) lo hicieron hace mas de 6 meses.

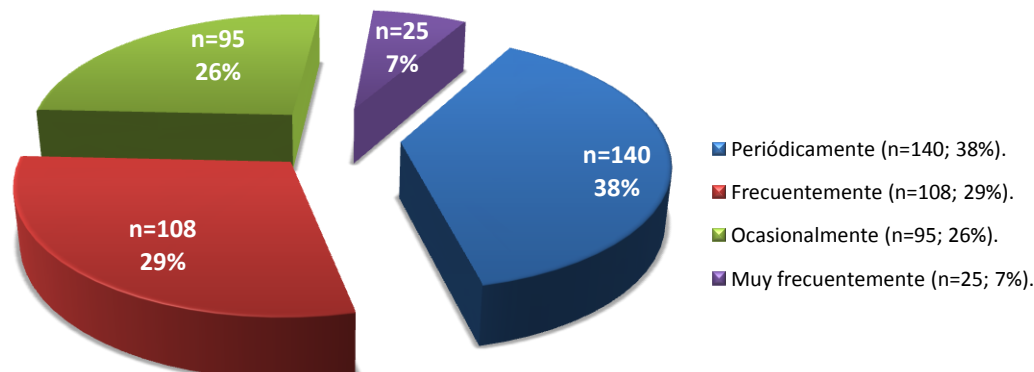
Tabla 6. Promedio de edad de los usuarios encuestados según la fecha de la última consulta a través de su MP, PC y Póliza

Ultima visita	Promedio	Desv Est.	CV	Asimetria	Kurtosis	Min	25	50	75	Max	n
Menos de un mes.	55	17,2	31%	-0,374	-0,701	19	42	59	68	86,0	138
Entre 2 y 3 meses.	52	15,9	30%	-0,271	-0,663	18	39,3	54,5	65	87,0	102
Más de 3 meses.	55	15,4	28%	-0,380	-0,290	19	49	58	66	89,0	65
Más de 6 meses.	54	18,3	34%	-0,398	-0,877	18	39	57	68	86,0	63

Según la **tabla 6**, el grupo de encuestados que consultó por última vez en un lapso de tiempo entre 2 y 3 meses es el más joven con un promedio de edad de 52 años con una desviación estándar de ± 16 años con respecto al promedio de la edad y un coeficiente de variación del 30%. El grupo de usuarios que consultaron por última vez en un lapso de tiempo mayor a 3 meses con un Coeficiente de Variación del 28% tienen una edad menos variable con relación a los grupos que manifestaron una respuesta diferente.

Gráfico 10.

Distribución según la frecuencia de uso de los usuarios encuestados a través de su MP, PC o Póliza



En cuanto a su percepción de la frecuencia de utilización de los servicios de la FVL a través de su MP, PC o póliza, el 38% (140) consideran que frecuenta los servicios de forma periódica, el 29% (108) consideran que lo hacen frecuentemente, el 26% (95) consideran que lo hacen de forma ocasional y solo el 7% (25) considera que lo hace muy frecuentemente.

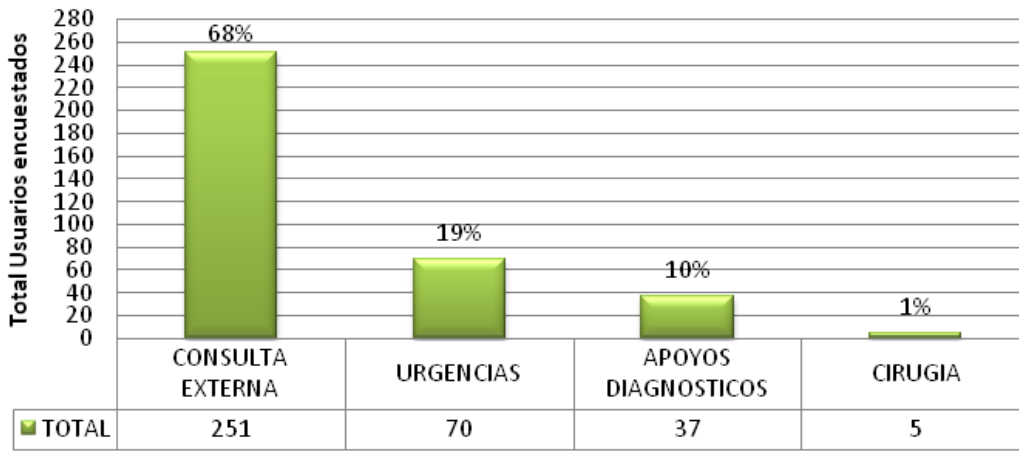
Tabla 7. Promedio de edad de los usuarios encuestados según la frecuencia de uso a través de su MP, PC o Póliza.

Frecuencia de uso	Promedio	Desv Est.	CV	Asimetría	Kurtosis	Min	25	50	75	Max	n
Muy frecuentemente.	59	14,1	24%	-0,512	0,252	24	50	62	68	83,0	25
Frecuentemente.	53	17,3	32%	-0,332	-0,742	18	39,5	56,5	68	86,0	108
Periódicamente.	55	16,6	30%	-0,447	-0,660	19	44,5	59	67	89,0	140
Ocasionalmente.	51	16,6	32%	-0,140	-0,619	18	38,5	53	64,5	87,0	95

Según la **tabla 7**, los usuarios del grupo que perciben la frecuencia de uso de los servicios a través de su MP, PC o póliza como muy frecuente, es el grupo que tiene el promedio de edad más alto con 59 años, una desviación de ± 14 años y un coeficiente de variación del 24% siendo además el grupo con menor variabilidad de edad en relación a los demás grupos que manifestaron una respuesta diferente. Por su parte el grupo que percibe la frecuencia de uso como ocasional es el grupo más joven con relación a los demás, con un promedio de edad de 51 años, con una Desviación estándar ± 16 años con respecto al promedio de edad y un Coeficiente de Variación del 32% que en contraste también representa uno de los grupos con mayor variabilidad de edad.

Gráfico 11.

Distribución de los servicios visitados durante la última consulta por los usuarios encuestados



Con respecto al último servicio que consultaron los usuarios encuestados, el 68% (251) visitó alguna especialidad de Consulta Externa, el 19% (70) consultó por urgencias, el 10% (37) utilizó algún apoyo diagnóstico, el 1% (5) necesitó algún tipo de cirugía, el 1% que representan solo 2 usuarios, requirieron hospitalización.

Como muestra el **gráfico 12**, de los 368 usuarios encuestados, el 51% (187) decidió por preferencia personal acudir a los servicios que ofrece la FVL a través de su MP, PC o póliza, el 31% (114) acudió direccionado por el médico de su MP; PC o póliza, el 12% (43) lo hicieron direccionados por su EPS, el 6% (23) recomendado por algún médico externo y solo un usuario acudió direccionado por su ARP.

Gráfico 12.

Distribución según el generador del direccionamiento

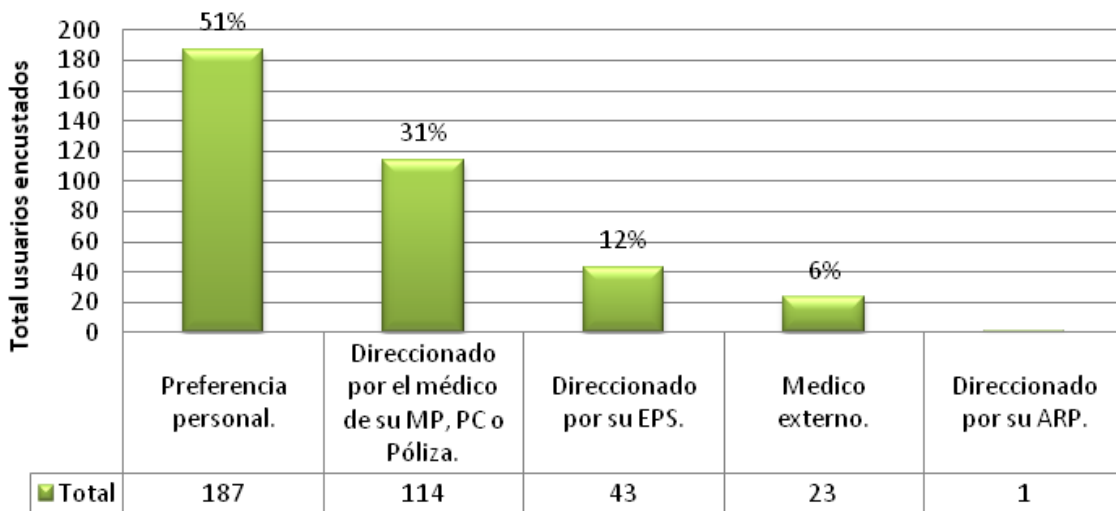


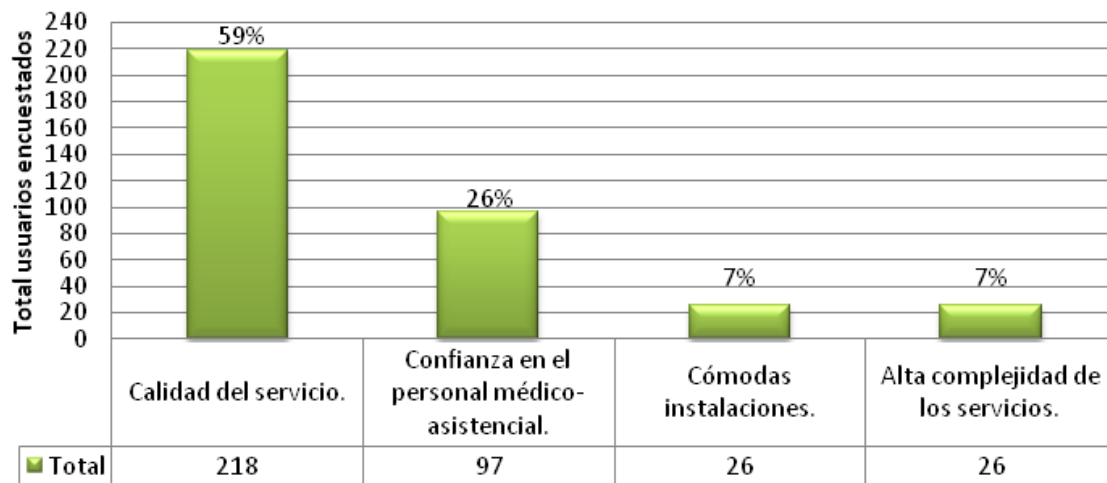
Tabla 8. Aprobación de la remisión por parte de los usuarios encuestados.

Está de acuerdo con la decisión de quien genero la remisión:	Total	%
SI.	179	99%
No está de acuerdo.	1	0%
No Contesta	1	0%
Total general	181	100%

La **tabla 8**, hace referencia al concepto de los usuarios encuestados acerca de su aceptación con respecto a la remisión, a los 187 usuarios que recibieron algún servicio por preferencia personal no se les aplico este punto en la encuesta (N/A=51%), de los demás usuarios que recibieron servicios de salud en la FVL a través de su MP, PC o póliza por algún tipo de remisión, el 99% (179) estuvo de acuerdo con la remisión, un usuario no estuvo de acuerdo, mientras que el otro no contesto a esta pregunta.

Grafico 13.

Distribución de las características de la Institución reconocidas por los usuarios

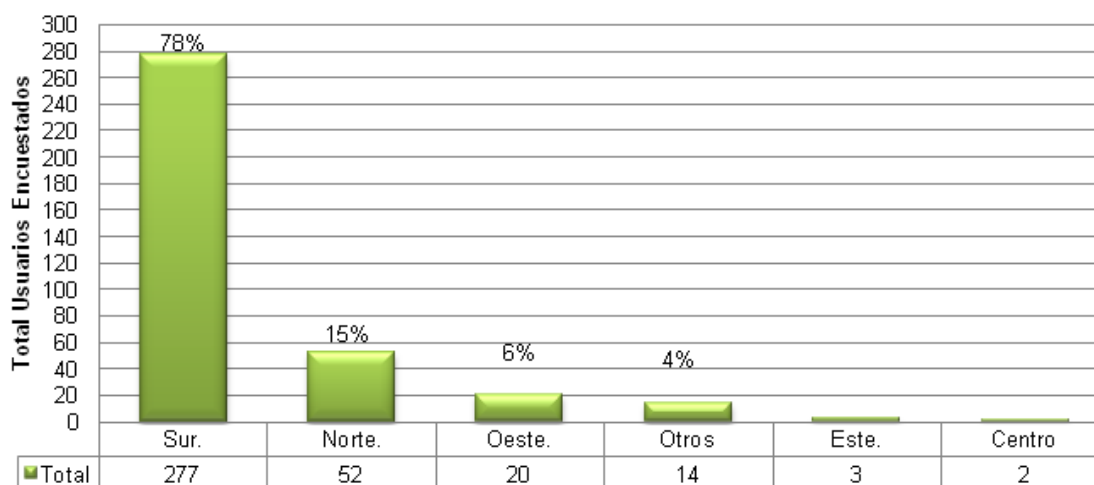


A los 368 usuarios encuestados se les preguntó acerca que es lo primero que reconocen de la Institución, partiendo de la base que los usuarios de MP, PC y pólizas tienen acceso directo a los servicios que requieren y que al estar pagando un valor adicional pueden apreciar algunas diferencias entre las Instituciones que eligen para ser atendidos. Según el **Gráfico 13**, el 59% (218) reconocen como principal atributo la calidad del servicio, el 26% (97) reconocen la confianza en el

personal médico-asistencial, el 7% (26) reconocen la comodidad de las instalaciones y la alta complejidad de los servicios.

Gráfico 14.

Distribución según la ubicación de la residencia de los usuarios encuestados



Con respecto a la ubicación del lugar de residencia de los usuarios de MP, PC y póliza que consultaron en la FVL entre 2010 y 2011, el **gráfico 15** muestra que, el 78% (277) de los 368 usuarios encuestados tiene su lugar de residencia en el Sur de la ciudad, el 15% (52) viven en el Norte, el 6% (20) en el Oeste, el 4% (14) en municipios aledaños (5 en Jamundí, 3 en Palmira, 2 en Buga, 1 en Ginebra, 2 en Tulúa y 1 en Popayán), Solo 3 pacientes residen en la zona Este y 2 usuarios en la zona Centro.

Dentro de la encuesta, a partir de la pregunta 14 a la pregunta 27, se le pidió a los encuestados que respondieran calificando en una escala de 1 a 4 siendo: (1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente. Estas preguntas buscan apreciar la opinión de los usuarios acerca de los obstáculos de orden financiero, geográfico, administrativo y cultural que encuentran dentro del proceso de atención.

Según el **gráfico 15**, en general la calificación que dieron los 368 usuarios de MP, PC y pólizas encuestados, las preguntas de la 14 a la 27 se encuentra entre Buena y Excelente.

Con respecto a la pregunta: “En qué nivel considera que la FVL cuenta con todos los servicios requeridos para suplir sus necesidades de salud” fue calificado como excelente por el 71% (262) de los usuarios entrevistados.

En cuanto a la ubicación de la FVL con respecto a su lugar de residencia el 63% (231) de los usuarios la califican como excelente, el 21% (77) como buena, el 12% (44) como regular y el 4% (16) como mala.

En general en el **gráfico 15**, se puede observar que las preguntas relacionadas con la central de citas son calificadas como buenas, el 48% de los encuestados calificaron el tiempo de respuesta como bueno y el 29% lo calificaron como excelente, el 23% lo calificó entre regular y malo; por otro lado, el trato recibido por los funcionarios de este servicios fue calificado por el 49% lo considera bueno y el 41% como excelente, el 11% lo calificó entre regular y malo, la calidad del servicio en general fue calificado por la mitad de los usuarios como buena y el 36% lo califica como excelente, el 15% lo considera entre regular y malo. En cuanto a la oportunidad en la asignación de citas el 40% considera la calidad como buena, el 29% excelente y el 31% le dio una calificación entre regular y mala.

En cuanto a la percepción del trato recibido por el personal diferente al servicio al que consultó el 56% (206) lo calificó como excelente, el 39% (144) lo consideró como bueno, el 4% (15) lo califica como regular, ningún encuestado calificó el trato como malo y solo el 1% (2) no contestó esta pregunta.

A la pregunta “Cómo considera Trato de la secretaria del servicio al que consultó”, el 58% (214) Calificó el trato como excelente, 39% (114) lo calificó como bueno y solo el 4% (13) lo calificaron como regular, solo una persona lo consideró como malo.

En cuanto a la eficiencia del trámite de autorizaciones con su MP, PC o póliza, el 48% (175) lo califican como bueno, mientras el 43% (158) Califican el trámite como excelente, el 8% (30) lo calificaron regular y solo el 1% (5) de los encuestados le dieron una calificación mala.

A la pregunta “Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad”, el 49% (181) lo calificaron como bueno, el 37% (137) usuarios lo calificaron como excelente, 10% (35) consideraron como regular y el 4% (15) le dieron una calificación mala. De los usuarios que dieron una calificación mala 3 consideran que el cumplimiento depende del médico.

En cuanto al trato recibido por parte del personal médico-asistencial y la percepción de los usuarios acerca de su capacidad técnica el 72% de los usuarios encuestados le dio una calificación excelente, entre el 26% y el 27% lo consideraron como bueno y solo el 2% calificó regular. Un usuario calificó como malo el trato recibido por el personal médico-asistencial y 2 usuarios no contestaron la pregunta acerca de la capacidad técnica del personal médico-asistencial.

Gráfico 15.

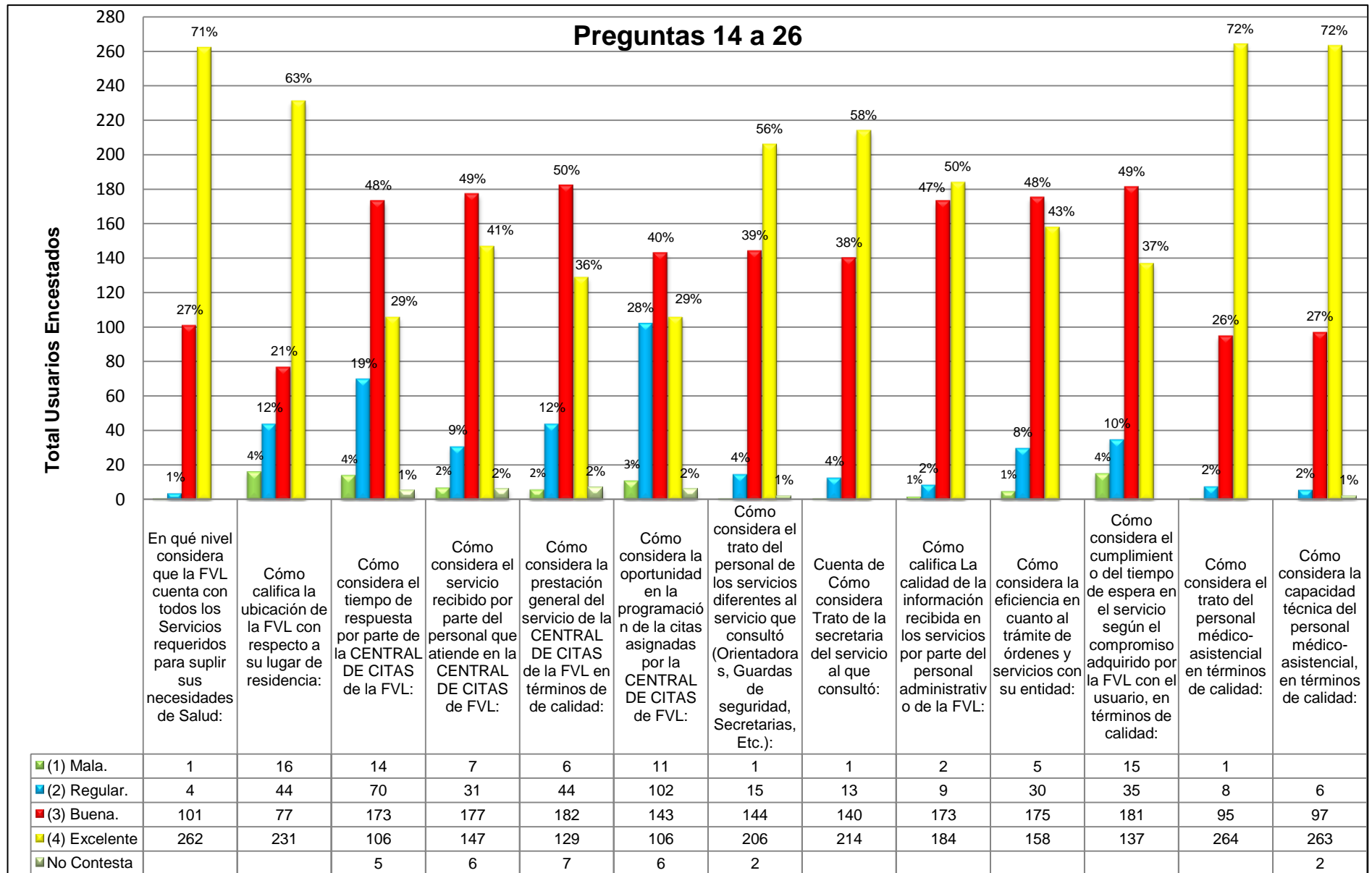
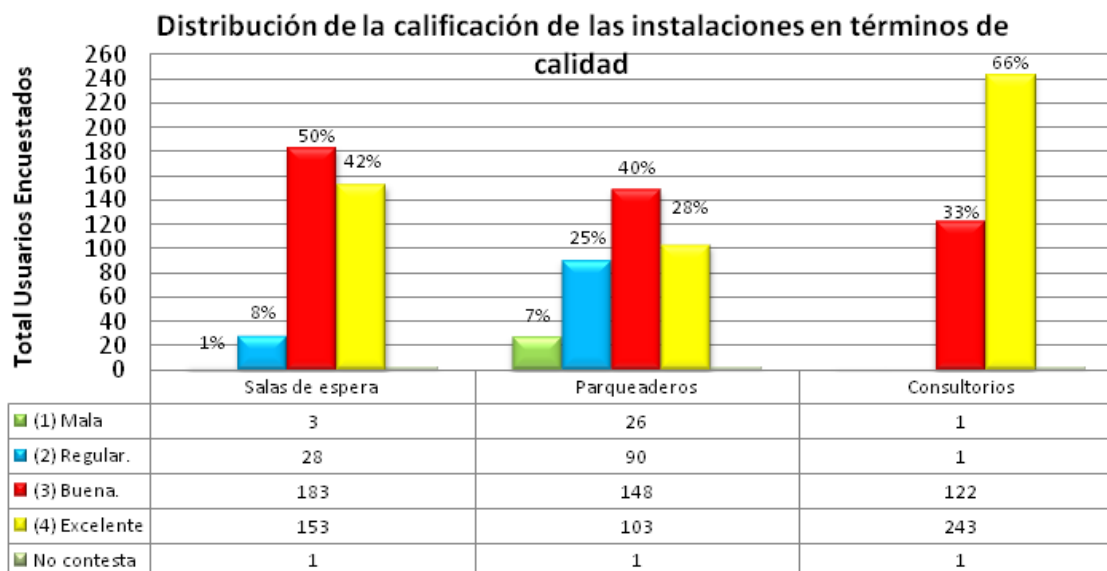


Gráfico 16.



Como muestra el **gráfico 16**, en un rango entre el 40% y el 50% consideran las instalaciones de salas de espera y parqueaderos como buenas, el 42% de los usuarios calificaron las instalaciones de Salas de espera como excelentes y el 9% la calificaron entre regular y mala, por su parte el 28% de los encuestados calificaron las instalaciones de los parqueaderos como excelentes y el 32% las consideran entre regular y mala. Mientras que los consultorios fueron calificados por el 66% (243) de los usuarios como excelentes y el 33% (122) como buenos.

En la segunda parte de la encuesta, de la pregunta 28 a la 37 se le pidió a los 368 usuarios encuestados que contestaran en una escala de 1 a 4 siendo (1) Nada determinante, (2) más o menos determinante, (3) muy determinante, (4) demasiado determinante, con el fin de percibir que tan importante son los obstáculos que pueden encontrar para decidir acceder o no a los servicios requeridos en la FVL. Realizando la primera encuesta se decidió eliminar del resto de las encuestas la pregunta numero 34. "Considera determinante la puntualidad en la prestación del servicio para acudir a la FVL", ya que se encontró que era igual a la pregunta numero 30. "Considera la puntualidad en la atención un factor determinante para asistir a los servicios ofertados por la FVL".

Según el **gráfico 17**, en general en un los usuarios encuestados consideran como muy determinantes los ítems evaluados para seguir accediendo a través de su MP, PC o póliza a los servicios a ofertados por la FVL. El 46% de los usuarios encuestados consideran como muy determinante la ubicación su residencia, el 26% (95) de los 368 usuarios encuestados consideran que de es demasiado determinante para acceder a los servicios ofertados por la FVL, , el 21% (77) más o menos determinante, el 7% (26) nada determinante y solo un usuario no contestó esta pregunta.

En cuanto al trato recibido por parte de la central de citas, el 60% (220) lo consideran muy determinante para continuar accediendo a los servicios ofertados por la FVL, mientras el 21% (76) usuarios lo consideran demasiado determinante, el 16% (59) lo consideran más o menos determinante y solo 10% (35) lo consideran nada determinante. Tres usuarios no contestaron esta pregunta, como lo muestra el **gráfico 17**.

Acerca de la puntualidad en la atención, 55% (201) de los encuestados la consideran muy determinante, el 30% (111) de los usuarios demasiado determinante, 13% (47) más o menos determinante y solo 2% (9) lo consideran nada determinante para continuar accediendo a través de su MP, PC o póliza a los servicios en la FVL.

Como muestra el **gráfico 17**, del trato recibido por el personal administrativo, el 58% (214) lo consideran muy determinante, el 21% (76) usuarios lo consideran demasiado determinante, por otro lado 19% (70) y el 2% (8) lo consideran más o menos o nada determinante respectivamente.

A la pregunta “Considera determinante la calidad de la información recibida para asistir a los servicios de la FVL”, el 62% (228) lo considera muy determinante, el 19% (69) lo considera más o menos determinante, el 18% (66) de los usuarios lo considera demasiado determinante y solo 2% (5) nada determinante.

De la eficiencia del trámite de la autorizaciones a través de su MP, PC y póliza, el 59% (215) lo considera muy determinante, el 31% (115) de los usuarios lo consideran demasiado determinante solo el 9% (34) y el 1% (3) lo consideran más o menos o nada determinante respectivamente.

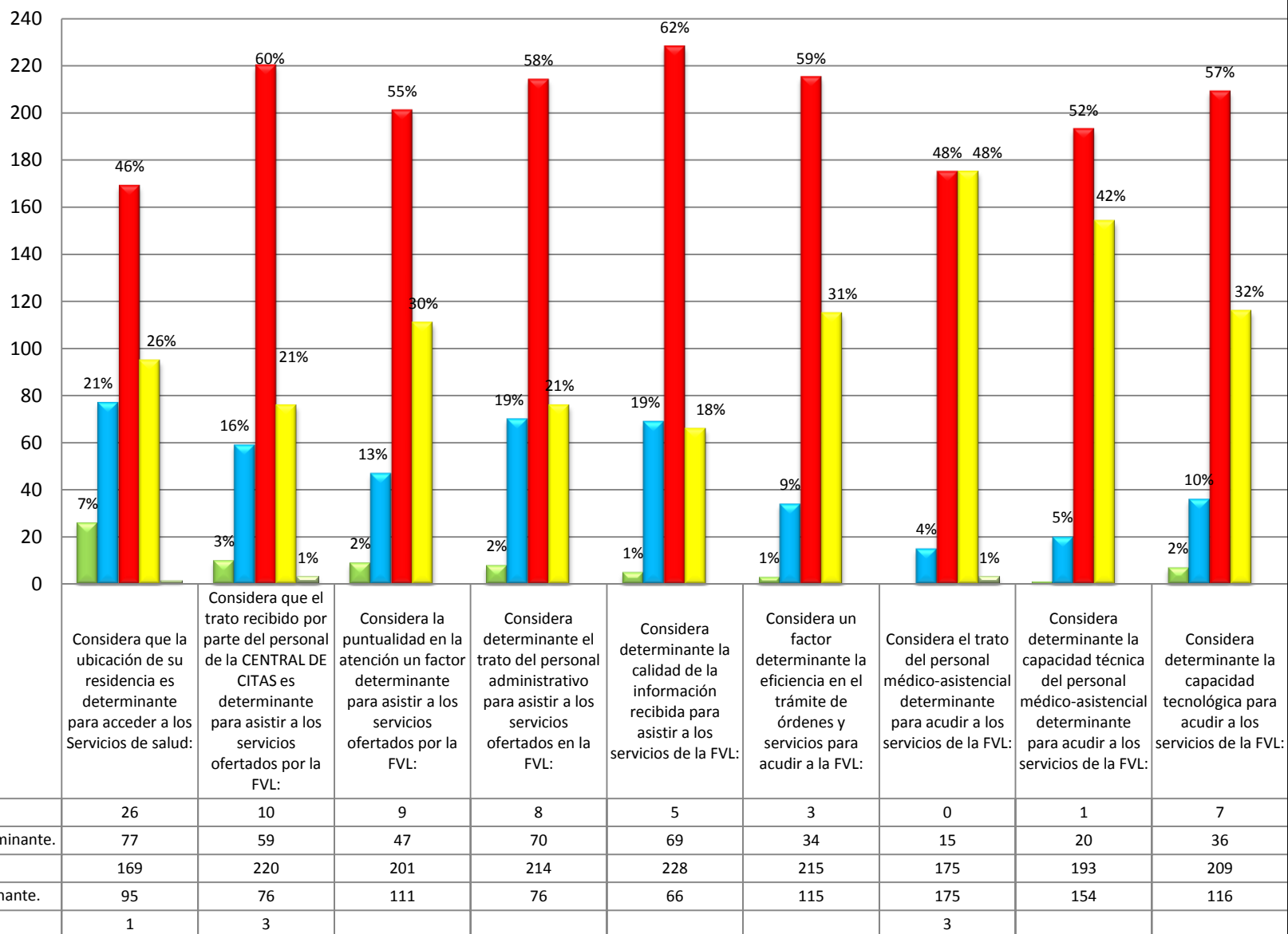
En un rango entre el 48% y 52% de los usuarios encuestados consideran que del personal médico asistencial su capacidad técnico científica y la calidad del trato recibido es muy determinante para continuar accediendo a los servicios ofertados por la FVL, entre el 42% y el 48% lo considera demasiado determinante, del 4% al 5% piensan que es más o menos determinante, solo un usuario considero que la capacidad técnica es nada determinante y 3 usuarios no contestaron la pregunta acerca del trato.

De la capacidad tecnológica que tiene la FVL para atender las necesidades en salud de los usuarios, el 57% (209) los considero muy determinante, el 32% (116) lo considero demasiado determinante, para el 10% (36) es más o menos determinante y solo el 2% (7) lo considera nada determinante.

Gráfico 17.

Preguntas 28 a 36

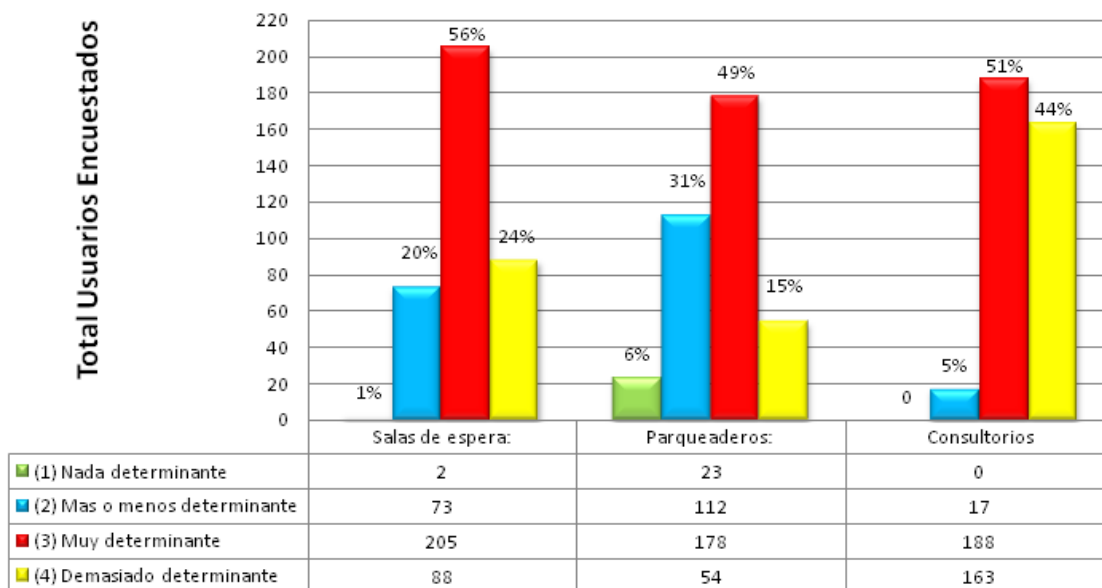
Total Usuarios Encuestados



Como muestra el **gráfico 18**, a la pregunta “Considera determinante la calidad las instalaciones para acudir a los servicios ofertados por al FVL” en el caso de Salas de espera y Parqueaderos, los usuarios encuestados en un rango entre el 49% y 56% lo consideraran muy determinante las instalaciones para seguir accediendo a los servicios en la FVL, entre el 20% y 31% más o menos determinante, entre el 15% y 24% como demasiado determinante y solo entre el 1% y el 6% lo consideran como nada determinante. Mientras que para los consultorios el 51% (188) considera que la calidad de las instalaciones es muy determinante para seguir accediendo a los servicios en la FVL, el 44% (163) piensa que es demasiado determinante, y solo el 5% (17) lo consideran más o menos determinante.

Gráfico 18.

Considera determinante la calidad las instalaciones de:



Con el fin de identificar de las características ofrecidas por la Fundación Valle del Lili, cuales son las que el usuario considera determinantes para él en el momento de elección del servicio, y como a su vez los califica en su experiencia en la clínica, se categorizaron las respuestas (1) Nada determinante y (2) más o menos determinante como “No determinante”. A las respuestas (3) Muy determinante y (4) Demasiado determinante se les categorizo como “Determinante”.

Según la **tabla 9**, de los usuarios que calificaron como “No determinante” la ubicación de su residencia para acceder a los servicios ofertados (28%), el 19% calificaron la ubicación de la FVL entre buena y excelente con respecto a su lugar de residencia, mientras que el 9% calificaron la ubicación de la FVL entre regular y

mala con respecto a su lugar de residencia, de los cuales 6% corresponde a usuarios que viven en el norte. Por otra parte, el 72% de los usuarios encuestados calificaron la ubicación de la FVL como “Determinante” para acceder a los servicios ofertados de estos, el 64% considera entre buena y excelente la ubicación de la FVL con respecto a su lugar de residencia correspondiente a los usuarios que viven en el Sur y en el Oeste de la ciudad, solo el 7% lo califico entre regular y malo, la mayoría correspondiente a usuarios que residen en el norte y en municipios aledaños.

Tabla 9. Determinancia de la ubicación de la Institución con respecto al lugar de residencia de los usuarios encuestados.

28. Considera que la ubicación de su residencia es determinante para acceder a los Servicios de salud:	15. Cómo califica la ubicación de la FVL con respecto a su lugar de residencia:	13. Lugar de residencia						
		Centro.	Este.	Norte.	Oeste.	Sur.	Otros	Total general
No Determinante	(1) Mala.	0%	0%	1%	0%	0%	1%	2%
	(2) Regular.	0%	0%	5%	1%	0%	0%	7%
	(3) Buena.	0%	0%	2%	1%	3%	0%	5%
	(4) Excelente.	0%	0%	1%	1%	11%	2%	14%
Total No determinante		0%	0%	8%	2%	14%	3%	28%
Determinante	(1) Mala.	0%	0%	1%	0%	0%	1%	2%
	(2) Regular.	0%	0%	2%	1%	2%	0%	5%
	(3) Buena.	0%	0%	2%	1%	12%	0%	15%
	(4) Excelente.	0%	1%	1%	1%	47%	0%	49%
Total Determinante		0%	1%	6%	3%	61%	1%	72%
(en blanco)	(3) Buena.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total (en blanco)		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total general		1%	1%	14%	5%	75%	4%	100%

Según la **tabla 10**, El 19% de los usuarios que calificaron como “No determinante” el servicio de central de citas con respecto al trato por parte del personal, el 16% calificó entre excelente y bueno el servicio en términos de calidad y el 2% lo calificó como malo esta calificación corresponde a usuarios de MP. Del 80% de los usuarios que consideró como “Determinante” el trato recibido por parte del personal de central de citas para acceder a los servicios ofertados por la FVL, y el 37% calificó como buena la prestación general de este servicio y el 35% la consideró como excelente, el 6% como regular el servicio en términos de calidad, de los cuales el 5% son usuarios de MP, solo el 2% lo calificó como malo y también se trata de usuarios de MP.

Tabla 10. Determinancia del trato recibido por parte de la central de citas con respecto a su calificación en términos de calidad.

29. Considera que el trato recibido por parte del personal de la central de citas es determinante para asistir a los servicios ofertados por la FVL:	18. Cómo considera la prestación general del servicio de la central de citas de la FVL en términos de de calidad:					
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	No contesta	Total general
MP	0%	2%	10%	5%	0%	17%
PC	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Póliza	0%	0%	0%	0%	0%	1%
No determinante	0%	2%	11%	5%	0%	19%
MP	2%	5%	32%	30%	1%	69%
PC	0%	1%	2%	2%	0%	5%
Póliza	0%	1%	3%	3%	0%	6%
Determinante	2%	6%	37%	35%	1%	80%
MP	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Póliza	0%	0%	0%	0%	0%	0%
(en blanco)	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Total general	2%	8%	48%	40%	2%	100%

Tabla 11. Determinancia de la puntualidad en la prestación de los servicios para acudir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

33. Considera determinante la puntualidad en la prestación del servicio para acudir a la FVL:	24. Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad				
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	Total general
Apoyos Diagnósticos	0%	0%	1%	1%	2%
Consulta Externa	1%	2%	4%	2%	10%
URGENCIAS	0%	0%	3%	1%	4%
No determinante	2%	2%	8%	4%	15%
Apoyos Diagnósticos	0%	1%	4%	4%	8%
CIRUGIA	0%	0%	1%	1%	1%
Consulta Externa	2%	5%	27%	24%	58%
HOSPITALIZACION	0%	0%	1%	0%	1%
Otros	0%	0%	1%	0%	1%
URGENCIAS	1%	2%	9%	4%	15%
Determinante	2%	7%	42%	34%	85%
Total general	4%	10%	49%	37%	100%

Del 15% de los usuarios que calificaron como “No determinante” la puntualidad para acceder a los servicios de salud en la FVL, el 12% calificaron el cumplimiento de las citas según el compromiso adquirido por la FVL entre excelente y bueno, y el 4% lo considera entre regular y malo. Por su parte el 85% calificó como “Determinante” la puntualidad, de los cuales el 76% calificó entre excelente y

bueno el cumplimiento con respecto al compromiso adquirido por la FVL y solo el 9% lo considera entre regular y malo, como lo muestra la **tabla 11**.

Según la **tabla 12**, el 21% de los usuarios encuestados consideran “No determinante” el trato del personal administrativo para asistir a los servicios que oferta la FVL, de estos el 20% consideró el trato del personal administrativo entre excelente y bueno, solo el 1% lo calificó como regular representado en usuarios de MP. De los usuarios que calificaron como “Determinante” el trato del personal administrativo (79%), el 46% considera que el trato recibido ha sido Excelente y el 29% lo considera bueno, solo el 3% de los usuarios lo considera regular, representado por usuarios de MP.

Tabla 12. Determinancia del trato recibido por parte del personal administrativo para asistir a los servicios en la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

30. Considera determinante el trato del personal administrativo para asistir a los servicios ofertados en la FVL	20. Cómo considera el trato del personal administrativo de los servicios diferentes al servicio que consultó (Orientadoras, Guardas de seguridad, Secretarias, Etc.):					
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	No contesta	Total general
MP	0%	1%	9%	9%	0%	19%
PC	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Póliza	0%	0%	0%	1%	0%	1%
No determinante	0%	1%	10%	10%	0%	21%
MP	0%	3%	24%	40%	1%	68%
PC	0%	0%	2%	2%	0%	5%
Póliza	0%	0%	2%	4%	0%	6%
Determinante	0%	3%	29%	46%	1%	79%
Total general	0%	4%	39%	56%	1%	100%

Tabla 13. Determinancia de la calidad de la información recibida por el personal administrativo para asistir a la institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

31. Considera determinante la calidad de la información recibida para asistir a los servicios de la FVL	22. Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL				
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	Total general
MP	0%	1%	4%	4%	9%
PC	0%	0%	1%	0%	1%
Póliza	0%	0%	0%	0%	0%
No determinante	0%	1%	5%	4%	10%
MP	0%	2%	35%	41%	77%
PC	0%	0%	4%	1%	5%
Póliza	0%	0%	4%	3%	7%
Determinante	0%	2%	42%	46%	90%
No contesta	0%	0%	0%	0%	0%
Total general	1%	2%	47%	50%	100%

Como se observa en la **tabla 13**, el 10% de los usuarios encuestados califican como “No determinante” la calidad de la información recibida para asistir a los servicios ofertados por la FVL, es estos el 9% calificaron la información recibida entre excelente y buena, solo el 1% la consideró como regular representado por usuarios de MP. El 90% de los usuarios calificó como “Determinante” la información que reciben, de estos el 88% calificaron la calidad de la información entre excelente y buena y solo el 2 % la calificó regular representado también en usuarios de MP.

Tabla 14. Determinación del trámite de órdenes para asistir a la Institución con respecto a la calificación de la eficiencia del trámite con su entidad.

32. Considera un factor determinante la eficiencia en el trámite de órdenes y servicios para acudir a la FVL	23. Cómo considera la eficiencia en cuanto al trámite de órdenes y servicios con su entidad				
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	Total general
MP	0%	2%	5%	3%	9%
PC	0%	0%	1%	0%	1%
Póliza	0%	0%	0%	0%	0%
No determinante	0%	2%	5%	3%	10%
MP	1%	6%	36%	35%	77%
PC	0%	1%	3%	2%	5%
Póliza	0%	0%	3%	4%	7%
Determinante	1%	7%	42%	40%	90%
No contesta	0%	0%	0%	0%	0%
Total general	1%	8%	48%	43%	100%

Del los usuarios encuestados, el 10% calificó como “No determinante” la eficiencia en el trámite de las ordenes con su MP, PC o póliza, de estos el 8% calificó la eficiencia del trámite entre excelente y buena y el 2% lo calificó como regular representado en usuarios de MP. El 90% de los usuarios calificó el trámite como “Determinante” para acudir a los servicios que oferta la FVL, de ellos el 82% calificó el trámite con su entidad entre excelente y bueno, el 7% lo calificó como regular representado el 6% por usuarios de MP y el 1% restante por usuarios de PC y el 1% lo calificó como malo representado en usuarios de MP, así como lo muestra la **tabla 14**.

La **tabla 15** muestra que, de los usuarios encuestados el 6% calificó como “No determinante” el trato recibido por parte del personal médico-asistencial para asistir a los servicios ofertados por la FVL y a su vez todos calificaron el trato recibido entre excelente y bueno. Por otro lado, el 94% calificó el trato como “Determinante”, de este grupo el 92% considera el trato recibido entre excelente y bueno y solo el 2% lo considera regular.

Tabla 15. Determinancia del trato del personal médico-asistencial para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

34. Considera el trato del personal médico-asistencial determinante para acudir a los servicios de la FVL	25. Cómo considera el trato del personal médico-asistencial en términos de calidad				
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	Total general
No determinante	0%	0%	2%	4%	6%
Determinante	0%	2%	24%	68%	94%
Total general	0%	2%	26%	72%	100%

Tabla 16. Determinancia de la calidad de las instalaciones SALAS DE ESPERA para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

37. Considera determinante la calidad las instalaciones SALAS DE ESPERA, para acudir a los servicios ofertados por al FVL	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de SALAS DE ESPERA					
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente	No contesta	Total general
MP	0%	2%	9%	7%	0%	18%
PC	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Póliza	0%	0%	1%	0%	0%	1%
No determinante	0%	2%	11%	7%	0%	20%
MP	0%	5%	33%	29%	0%	68%
PC	0%	0%	3%	2%	0%	5%
Póliza	1%	0%	2%	3%	0%	6%
Determinante	1%	5%	39%	34%	0%	80%
Total general	1%	8%	50%	42%	0%	100%

Según la **tabla 16**, de los pacientes encuestados, el 20% calificó como “No determinante” la calidad de las instalaciones de Salas de espera, de los cuales el 28% considera la calidad de estas instalaciones entre excelente y buena y solo el 2% las considera regulares representado por usuarios de MP. El 80% de los usuarios calificaron como “Determinante” la calidad de las instalaciones de Salas de espera para seguir consultando los servicios ofertadas por la fundación, de estos el 73% considera la calidad de las instalaciones entre excelente y buena, el 5% las considera regulares representado por usuarios de MP y el 1% las considera malas representado por usuarios de pólizas.

De los 368 usuarios encuestados, el 37% calificó como “No determinante” la calidad de las instalaciones de Parquaderos, de estos el 22% considera la calidad de las instalaciones entre excelente y buena, el 11% las considera regulares representado el 10% por usuarios de MP y el 1% por usuarios de pólizas, solo el 4% las considera malas representado por usuarios de MP. Por otro lado, el 63% de los usuarios calificó como “Determinante” las instalaciones de los parquaderos, de estos el 46% considera las instalaciones entre excelente y

buenas en términos de calidad, el 14% las considera regulares representados el 12% por usuarios de MP, el 1% por usuarios de PC y el 1% por usuarios de pólizas y solo el 3% considera las instalaciones como malas representado por usuarios de MP, como lo muestra la **tabla 17**.

Tabla 17. Determinancia de la calidad de las instalaciones PARQUEADEROS para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

37. Considera determinante la calidad las instalaciones PARQUEADEROS, para acudir a los servicios ofertados por al FVL	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de PARQUEADEROS					
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	No contesta	Total general
MP	4%	10%	11%	7%	0%	32%
PC	0%	0%	2%	0%	0%	2%
Póliza	0%	1%	1%	1%	0%	3%
No determinante	4%	11%	14%	8%	0%	37%
MP	3%	12%	23%	17%	0%	55%
PC	0%	1%	1%	1%	0%	4%
Póliza	0%	1%	2%	1%	0%	4%
Determinante	3%	14%	26%	20%	0%	63%
Total general	7%	24%	40%	28%	0%	100%

Tabla 18. Determinancia de la calidad de las instalaciones CONSULTORIOS para asistir a la Institución con respecto a su calificación en términos de calidad.

37. Considera determinante la calidad las instalaciones CONSULTARIOS, para acudir a los servicios ofertados por al FVL	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de CONSULTORIOS					
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.	No contesta	Total general
MP	0%	0%	2%	2%	0%	4%
PC	0%	0%	1%	0%	0%	1%
No determinante	0%	0%	3%	2%	0%	5%
MP	0%	0%	26%	56%	0%	83%
PC	0%	0%	2%	3%	0%	6%
Póliza	0%	0%	2%	5%	0%	7%
Determinante	0%	0%	31%	64%	0%	95%
Total general	0%	0%	33%	66%	0%	100%

Según la **tabla 18**, el 5% de los usuarios encuestados calificó como “No determinante” la calidad de las instalaciones de consultorios para acceder a los servicios que oferta la FVL y todos consideraron las instalaciones en términos de calidad entre excelente y buena. El 95% de los usuarios calificaron como “Determinante” las instalaciones de los consultorios y en su totalidad los consideran entre excelente y buena en términos de calidad.

Como muestra el **gráfico 19**, la pregunta 38 de la encuesta pretendió determinar la percepción de los usuarios sobre la posibilidad de continuar el tratamiento o

seguimiento de su patología de consulta en la FVL a través de su MP, PC o póliza, en este caso el 88% (322) consideran que el trámite a través de su entidad para continuar el tratamiento en la FVL es fácil, mientras que el 6% (23) lo consideran difícil y para la misma proporción le es indiferente.

Gráfico 19.

Distribución de la apreciación de los usuarios encuestados acerca de la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL a través de su MP, PC y Póliza:

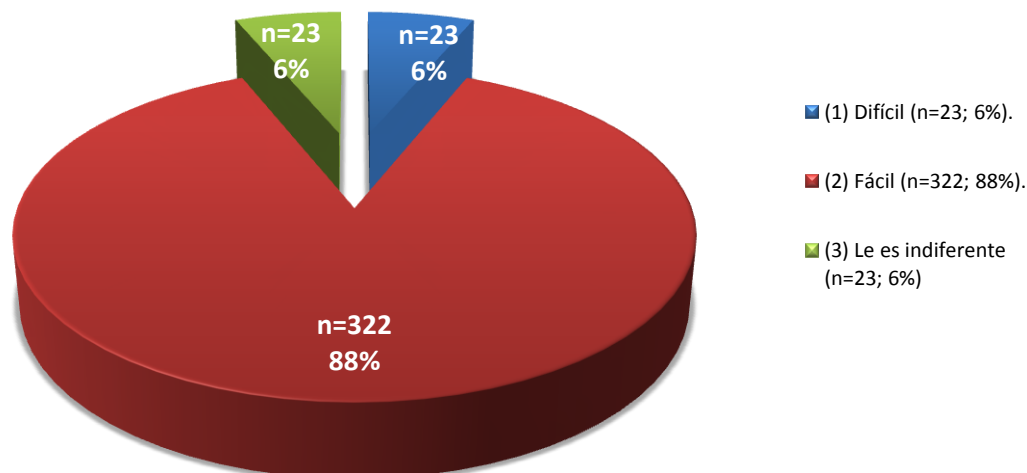
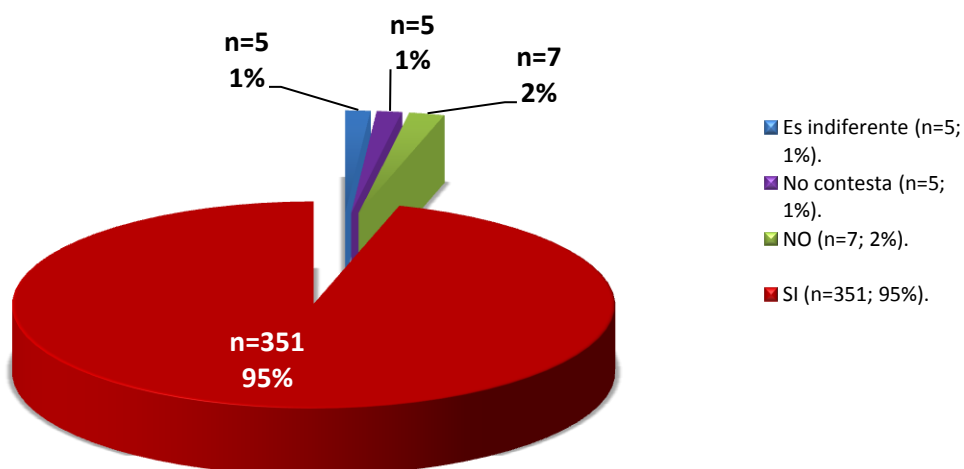


Gráfico 20.

Manifestación del deseo por parte de los usuarios encuestados de volver a consultar los servicios de la FVL:



De los 368 usuarios encuestados, el 95% (351) contestaron de manera positiva a la pregunta “Desea volver a consultar los servicios de la FVL”, el 2% (7) usuarios manifestaron que no desean volver a consultar en la FVL y solo al 1% (5) le es indiferente y la misma proporción no contesto esta pregunta, tal como lo muestra el **gráfico 20**.

Para realizar el cálculo de este estadístico se utilizo el programa R mediante la función `chisq.test ()`.

Para esta investigación se analizó si las variables elegidas bajo la prueba de dependencia Chi Cuadrado de Pearson cumplen o no las siguientes hipótesis de investigación de manera general:

Hipótesis a contrastar por medio del estadístico Chi cuadrado de pearson.

Ho: Las Variables intervenidas son Independientes.

Ha: Las Variables intervenidas No son independientes.

Para responder las preguntas a continuación se les dieron a los usuarios encuestados la opción de contestar así:

(1) Malo, (2) Regular, (3) Bueno, (4) Excelente.

Pregunta 18: Como considera la prestación general del servicio de la central de citas de la FVL en términos de calidad.

Pregunta 22: Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL

Pregunta 24: Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad

Pregunta 27: Califique en términos de calidad las instalaciones de: SALA DE ESPERA, PARQUEADEROS, CONSULTORIOS.

Ho: La Frecuencia con que los usuarios de MP, PC o pólizas utilizan los Servicios de la FVL es independiente de cómo consideran la prestación general del servicio de central de citas de la FVL en términos de calidad.

Ha: La Frecuencia con que los usuarios de MP, PC o pólizas utilizan los Servicios de la FVL no es independiente de cómo consideran la prestación general del servicio de central de citas de la FVL en términos de calidad.

8. Frecuencia con la que utiliza los Servicios de Salud a los que tiene acceso a través de su MP, PC y Póliza	18. Cómo considera la prestación general del servicio de la central de citas de la FVL en términos de de calidad			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Frecuentemente.	4	21	53	29
Muy frecuentemente.	1	3	9	12
Ocasionalmente.	1	7	50	35
Periódicamente.	0	13	70	53

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 18.3971, df = 9, p-value = 0.03084

Dado de que el P-valor es menor a nuestro nivel de confianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La respuesta a la pregunta: Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL es independiente del genero de los usuarios entrevistados.

Ha: La respuesta a la pregunta: Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL no es independiente del genero de los usuarios entrevistados.

2. Genero	22. Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Femenino.	2	6	111	146
Masculino.	0	3	62	38

2. Genero	22. Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Femenino.	1,4402174	6,480978	124,5788	132,5
Masculino.	0,5597826	2,519022	48,4212	51,5

Una de las frecuencias esperadas es inferior a uno y 3 las frecuencias esperadas son inferiores a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.006806

Dado de que el P-valor es menor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La Frecuencia con que los usuarios de MP, PC o Pólizas utilizan los Servicios de la FVL es independiente de cómo califican los usuarios La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL.

Ha: La Frecuencia con que los usuarios de MP, PC o Pólizas utilizan los Servicios de la FVL no es independiente de cómo califican los usuarios La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL.

8. Frecuencia con la que utiliza los Servicios de Salud a los que tiene acceso a través de su MP, PC y Póliza	22. Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Frecuentemente.	1	5	54	48
Muy frecuentemente.	0	0	11	14
Ocasionalmente.	0	2	36	57
Periódicamente.	1	2	72	65

8. Frecuencia con la que utiliza los Servicios de Salud a los que tiene acceso a través de su MP, PC y Póliza	22. Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Frecuentemente.	0,5869565	2,641304	50,77174	54,0
Muy frecuentemente.	0,1358696	0,611413	11,75272	12,5
Ocasionalmente.	0,5163043	2,32337	44,66033	47,5
Periódicamente.	0,7608696	3,423913	65,81522	70,0

5 las frecuencias esperadas son inferiores a 1 y 8 las frecuencias esperadas son inferiores a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.3033

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de confianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La ubicación de la residencia independiente de Cómo consideran los usuarios el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad.

Ha: La ubicación de la residencia no es independiente de Cómo consideran los usuarios el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad.

13. Lugar de residencia	24. Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Centro.	0	0	1	1
Este.	0	1	2	0
Norte.	1	6	24	21
Oeste.	0	1	13	6
Otros	1	1	2	10
Sur.	13	26	139	99

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 15.9234, df = 15, p-value = 0.3872

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La respuesta a la pregunta: Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad es independiente del género de los usuarios entrevistados.

Ha: La respuesta a la pregunta: Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad no es independiente del género de los usuarios entrevistados.

2. Genero	24. Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Femenino.	12	26	117	110
Masculino.	3	9	64	27

Una de las frecuencias esperadas es inferior a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.01724

Dado de que el P-valor es menor a nuestro nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La Frecuencia con que los usuarios de MP, PC o Pólizas utilizan los Servicios de la FVL es independiente de cómo consideran los usuarios el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad

Ha: La Frecuencia con que los usuarios de MP, PC o Pólizas utilizan los Servicios de la FVL no es independiente de cómo consideran los usuarios el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad

8. Frecuencia con la que utiliza los Servicios de Salud a los que tiene acceso a través de su MP, PC y Póliza	24. Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en términos de calidad			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
Frecuentemente.	7	10	51	40
Muy frecuentemente.	1	5	12	7
Ocasionalmente.	3	10	43	39
Periódicamente.	4	10	75	51

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 7.9745, df = 9, p-value = 0.5367

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La respuesta a la pregunta: Califique en términos de calidad las instalaciones de: **SALAS DE ESPERA** es independiente del tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados los usuarios entrevistados.

Ha: La respuesta a la pregunta: Califique en términos de calidad las instalaciones de: **SALAS DE ESPERA** no es independiente del tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados los usuarios entrevistados.

Tipo de aseguradora	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de: SALA DE ESPERA			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
MP	1	26	157	134
PC	0	1	14	8
Póliza	2	1	12	11

Dos de las frecuencias esperadas son inferiores a uno y 5 las frecuencias esperadas son inferiores a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.1192

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La respuesta a la pregunta: Califique en términos de calidad las instalaciones de: **PARQUEADEROS** es independiente del tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados los usuarios entrevistados.

Ha: La respuesta a la pregunta: Califique en términos de calidad las instalaciones de: **PARQUEADEROS** no es independiente del tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados los usuarios entrevistados.

Tipo de aseguradora	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de: PARQUEADEROS			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
MP	23	81	125	89
PC	2	4	13	4
Póliza	1	5	10	10

Tipo de aseguradora	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de: PARQUEADEROS			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
MP	22,52861	77,983651	128,239782	89,247956
PC	1,629428	5,640327	9,275204	6,455041
Póliza	1,841962	6,376022	10,485014	7,297003

Dos de las frecuencias esperadas son inferiores a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.5987

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La respuesta a la pregunta: Califique en términos de calidad las instalaciones de: CONSULTORIOS es independiente del tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados los usuarios entrevistados.

Ha: La respuesta a la pregunta: Califique en términos de calidad las instalaciones de: CONSULTORIOS no es independiente del tipo de Aseguradora a la que se encuentran afiliados los usuarios entrevistados.

Tipo de aseguradora	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de: CONSULTORIOS			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
MP	0	1	103	214
PC	1	0	11	11
Póliza	0	0	8	18

Tipo de aseguradora	27. Califique en términos de calidad las instalaciones de: CONSULTORIOS			
	(1) Mala.	(2) Regular.	(3) Buena.	(4) Excelente.
MP	0,86648501	0,86648501	105,711172	210,55586
PC	0,0626703	0,0626703	7,645777	15,22888
Póliza	0,07084469	0,07084469	8,643052	17,21526

6 las frecuencias esperadas son inferiores a 1 y 6 las frecuencias esperadas son inferiores a 5

Fisher's Exact Test

p-value = 0.08005

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: Desea volver a consultar los servicios de la FVL es independiente del género de los usuarios entrevistados.

Ha: Desea volver a consultar los servicios de la FVL no es independiente del género de los usuarios entrevistados.

2. Genero	40. Desea volver a consultar los servicios de la FVL			
	Es indiferente.	No contesta.	NO.	SI.
Femenino.	2	2	5	256
Masculino.	3	3	2	95

2. Genero	40. Desea volver a consultar los servicios de la FVL			
	Es indiferente.	No contesta.	NO.	SI.
Femenino.	3,600543	3,600543	5,040761	252,75815
Masculino.	1,399457	1,399457	1,959239	98,24185

5 las frecuencias esperadas son inferiores a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.1096

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

Ho: La respuesta a la pregunta: 38. Con respecto a su plan de MP, PC o póliza, como considera la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL es independiente del tipo de aseguradora al que se encuentra afiliado el usuario.

Ha: La respuesta a la pregunta: 38. Con respecto a su plan de MP, PC o póliza, como considera la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL no es independiente del tipo de aseguradora al que se encuentra afiliado el usuario.

Tipo de aseguradora	38. Con respecto a su plan de MP, PC o póliza, como considera la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL:		
	(1) Difícil.	(2) Fácil.	(3) Le es indiferente.
MP	19,9375	279,125	19,9375
PC	1,4375	20,125	1,4375
Póliza	1,625	22,75	1,625

Tipo de aseguradora	38. Con respecto a su plan de MP, PC o póliza, como considera la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL:		
	(1) Difícil.	(2) Fácil.	(3) Le es indiferente.
MP	0,04	0,03	0,19
PC	0,22	0,06	0,22
Póliza	0,09	0,13	1,16

4 las frecuencias esperadas son inferiores a 5.

Fisher's Exact Test

p-value = 0.4241

Dado de que el P-valor es mayor al nivel de con fianza $\alpha=0.05$, hay evidencia estadística suficiente para determinar que no hay dependencia entre las dos variables.

13. Discusión

Perfil de los usuarios de MP, PC y pólizas que consultan en la FVL:

El promedio de edad de los usuarios de MP, PC y pólizas que consultan en la FVL, es de 54 años, en su mayoría son mujeres (72%) y el 28% hombres. Más del 80% de los usuarios que consultan en la FVL pertenecen a los estratos sociales 4, 5 y 6, y más del 60% han recibido educación superior; con respecto a la variable educación, el estudio “Determinación del acceso a los servicios de salud en Antioquia”, refiere que la probabilidad de acceder a servicios de salud en caso de enfermedad aumenta cuando mayor es el grado de escolaridad alcanzado por la persona, esto podría ser explicado, según este estudio, no solo debido al efecto indirecto derivado de un mayor nivel de ingresos de los hogares sino también de forma directa debido a que tiene mayor disponibilidad de información acerca del control y tratamiento de enfermedades, según este estudio, una persona con educación superior tiene una probabilidad 6.3 veces mayor de acceder que aquella que no la tiene⁴⁰. En cuanto a la afiliación más del 50% de los usuarios se encuentran afiliados a Coomeva Medicina Prepagada, que es a su vez la Empresa de planes de beneficios con mas afiliados en el Valle de Cauca según la encuesta del calidad de vida del DANE en 2005.

En general los usuarios encuestados consideran que consultan los servicios de salud de forma periódica (38%), este resultado es concluyente con el obtenido en el estudio denominado “*Modelo de evaluación de la percepción de los servicios por parte de los clientes en un hospital de alta complejidad en salud*” desarrollado en 2007 en la esta misma institución en la que se realiza la investigación actual, dicha investigación arrojó que independientemente del tipo de aseguramiento, el usuario considera que asiste a la clínica en forma periódica.

Por otra parte, el 68% de los usuarios encuestados consultó alguna especialidad por Consulta Externa. El 51% de los encuestados acudió a los servicios de la FVL por preferencia personal y el 31% fue direccionado por su MP, PC y póliza. De aquellos usuarios que fueron direccionados el 99% estuvo de acuerdo con la remisión. Con respecto al tema de la remisión, el estudio realizado en 2007 en la FVL, observó que el usuario de MP tenía la percepción de haber sido direccionado desde la empresa en la que se encuentra asegurado, pues existe una fuerte asociación entre el aseguramiento y la causa de remisión.

El 59% Reconoce como atributo principal para acceder a la FVL la calidad del servicio y el 26% reconoce la confianza en el personal médico asistencial. En comparación con el estudio realizado en 2007, este arrojó que, todos los tipos de usuarios (EPS y MP, PC y póliza) identifican a la FVL por la característica de

⁴⁰ Mejía Mejía, A. Sánchez Gandur, A. Tamayo Ramírez, J. Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia. Universidad de Antioquia. P. 10.

médicos de alta calidad e igualmente es la característica que con mayor frecuencia los usuarios identificaban como determinante para venir a la FVL. Por otro lado, más del 90% de los usuarios consideran que la FVL cuenta con todos los servicios para suplir sus necesidades de salud

Para la mayoría de los usuarios la ubicación de la FVL es excelente (63%), de los cuales más del 70% residen al sur de la ciudad, la ubicación resulta ser un ítem muy determinante para los usuarios al momento de acceder a los servicios de salud en la Institución, que resulta por demás ser un obstáculo en el acceso para el 22% de los usuarios que viven en otras zonas de la ciudad o municipios aledaños, el 9% calificaron la ubicación de la FVL entre regular y mala con respecto a su lugar de residencia de los cuales 7% corresponde a usuarios que viven en el norte y en municipios aledaños. 11 pacientes opinaron que con respecto a su ubicación de residencia la FVL queda “lejos”, un paciente opinó que prefiere asistir a otra institución que le queda más cerca. (**Ver Anexo 2**). Algunos estudios refieren que la lejanía de los centros de atención se constituye en la principal razón para no utilizar el servicio, desde el punto de vista de la oferta⁴¹.

La central de citas en cuanto al tiempo de respuesta el 48% de los usuarios lo consideran bueno y un 23% de usuarios encuestados lo considera entre regular y malo, con respecto al trato de los funcionarios y calidad alrededor de la mitad de los usuarios le dio una calificación buena; por su parte la oportunidad en asignación de citas es considerada por el 40% de los usuarios encuestados como buena, y el 31% lo consideran entre regular y malo. En cuanto al trato recibido por los funcionarios de este servicios más del 80% de los usuarios lo consideran determinante para acceder a los servicios que ofrece la FVL, lo que constituye la primera barrera administrativa por el primer contacto de los usuarios con la Institución, durante la realización de la encuesta algunos usuarios comentaron que el tiempo de respuesta es “demorado” (6), otros comentaron que hay “demora en la asignación de citas” (3) y alguien comentó que “depende de la especialidad” (1), 3 usuarios comentaron que la comunicación es difícil y 1 usuario considera que las personas de la central de citas son “muy parcas” (**Ver Anexo 2**). Durante la investigación realizada en 2007, los resultados arrojaron que a más de la mitad de los encuestados 67% le parecía adecuada la comunicación telefónica con FVL y a un 21% no. Para ninguno de los dos grupos la comunicación telefónica se convertía en un factor determinante al momento de elegir la FVL, se debe tener en cuenta que en 2011 se realizó implementación del Sistema SAP ® y esto generó algunos contratiempos con la asignación de citas y el tiempo de respuesta. Por otro lado, en comparación con demás ítems calificados, central de citas a pesar de tener una calificación buena en general, tiene un porcentaje bajo de calificación con respecto a los demás ítems evaluados.

En la percepción del trato recibido por el personal administrativo (Secretarías y personal diferente al servicio que consultó como orientadoras, guardas de

⁴¹ Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P.21

seguridad y demás) más del 90% de los usuarios tiene una calificación positiva (entre excelente y buena), que además fue calificado como un ítem determinante para acudir a la FVL.

En general, la eficiencia del trámite de autorizaciones con su MP, PC o póliza tiene una calificación positiva, solo el 9% calificó este trámite como negativo y 2 paciente opinaron que son “muy demorados”, y resulta ser una característica muy determinante para los usuarios, esta constituye la segunda barrera administrativa ubicada en el estudio, pues los pacientes perciben que al pagar un valor adicional por acceder a los servicios de salud no deberían enfrentarse a estos trámites. Algunos estudios refieren que en cuanto a las barreras del lado de la oferta se observa que para las personas afiliadas a la seguridad social la principal barrera son los excesivos trámites para conseguir una cita. Aun cuando la persona cuenta con la afiliación a la seguridad social, no obtiene el servicio porque la institución aseguradora o prestadora establece mecanismos para obtener la cita médica que terminan por impedir la utilización de este⁴².

De la puntualidad en la atención según los compromisos adquiridos por la FVL mas del 80% de los usuarios encuestados le dieron una calificación positiva, el 15% restante calificó la puntualidad como negativa, y algunos usuarios consideran que esto depende del médico o la especialidad y un usuario opina que no cumplen con los compromisos adquiridos con los usuarios (**Ver anexo 2**). Adicionalmente este ítem resulta ser determinante para el acceso según la opinión de los usuarios.

Tanto el trato del personal médico-asistencial como su capacidad técnica tienen una percepción positiva para más del 90% de los usuarios encuestados, que además resultan ser características determinantes para esta mismo porcentaje de usuarios para acudir a los servicios que oferta la FVL. Por su parte la capacidad tecnológica que tiene la FVL es una característica determinante para los usuarios encuestados al momento de decidir acudir a los servicios que oferta la FVL, a diferencia del resultado arrojado por el estudio realizado en 2007, donde la calificación de la alta tecnología, los equipos y el estado de estos también fue altamente positiva, pero el nivel de determinancia no fue alto como se esperaba, solo en un 11% consideraron determinante esta característica.

En general, las instalaciones (Salas de espera, parqueaderos y consultorios) tiene una percepción positiva dentro de los usuarios encuestados, de igual manera el estado de las mismas constituyen un factor determinante para el acceso a la Institución. De las Salas de espera un usuario opino que “las esperas son largas y las salas son muy incomodas”, otro opina que “asustan” y otro dice que son “bastante oscuras”. Por su parte de los parqueaderos, de los 368 usuarios encuestados, 3% (10) opinan que son “costosos”, un usuario opina que deben “ampliar los parqueaderos”, dos usuarios opinan que son “malos” y permanecen

⁴² Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P.21

“llenos” y un usuario refirió que “chocan los carros y no responden”. Por su parte los consultorios no recibieron ningún comentario adicional. (**Ver anexo 2**)

En aquellas variables que se decidió analizar bajo la prueba de dependencia Chi Cuadrado de Pearson se observó lo siguiente:

Entre la frecuencia de uso de los servicios ofertados por la FVL y la calificación de la central de citas dada en términos de calidad se observó cierto grado de dependencia ($p\text{-valor}= 0.03084$). De los usuarios encuestados 13% percibe negativamente la prestación de este servicio en términos de calidad de los cuales, 8% percibe su frecuencia de uso como frecuente o muy frecuente y esto se puede deber a la exposición al servicio. Por otro lado estudio *“Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”* describe que como se esperaba, los días de espera para la cita presentan una relación negativa con la probabilidad de juzgar la calidad como buena, es decir, entre más distante se le asigne la cita a una persona menor será la probabilidad de que valore como buena la calidad.

Mientras que entre la frecuencia de uso y la percepción sobre la calidad de la información recibida por parte del personal administrativo no se observa dependencia ($p\text{-valor}= 0.3033$).

Con respecto al género y la calidad de la información recibida por parte del personal administrativo se observó un grado de dependencia entre las variables ($p\text{-valor}= 0.006806$), en este caso las Mujeres califican con más frecuencia de forma negativa la información recibida en comparación con los hombres.

Entre la ubicación de la residencia y la percepción de puntualidad según los compromisos adquiridos, no se observa dependencia ($p\text{-valor}=0.3872$).

Mientras que entre el género y la percepción de puntualidad se observa cierto grado de dependencia ($p\text{-valor}=0.0172$), en este caso las mujeres perciben con más frecuencia negativamente la puntualidad con respecto a los compromisos adquiridos por la FVL. En el estudio *“Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”* se describe que ser mujer aumenta la probabilidad de juzgar el servicio como regular o malo en cerca del 1.5%⁴³.

Para la frecuencia de uso a través de su MP, PC y póliza y la percepción de puntualidad no se observa dependencia entre estas dos variables analizadas ($p\text{-valor} = 0.5367$).

Se analizó también bajo la prueba de dependencia Chi Cuadrado de Pearson la variable tipo de aseguradora y las instalaciones de Salas de espera, parqueaderos y consultorios, en ninguno de los tres casos se observó una relación de dependencia entre el tipo de aseguradora (MP, PC o póliza) y la percepción que tiene los usuarios de las instalaciones de la Institución en términos de calidad.

⁴³ Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Junio 2010. P.25

Según el género se analizó la variable “Desea volver a consultar los servicios de la FVL”, en este caso tampoco se halló relación de dependencia entre ambas variables ($p\text{-valor} = 0.1096$)

Con respecto al tipo de aseguradora y la posibilidad percibida por los usuarios encuestados de continuar su tratamiento en la FVL a través de su MP, PC o póliza, no se observó ninguna relación de dependencia ($p\text{-valor} = 0.4241$).

14. Conclusiones

La FVL en los últimos años ha generado crecimientos sustanciales en la infraestructura hospitalaria y en la oferta de servicios de mediana y alta complejidad, garantizando la atención integral, desde el ingreso del paciente por urgencias y durante todo el proceso de asistencial.

Debido a su capacidad instalada, está en condición de atender las complicaciones y comorbilidades de los pacientes atendidos desde el inicio del proceso en sus propias instalaciones así como aquellos que vienen siendo atendidos en otros centros, pero que dadas las condiciones de complejidad de la patología que padecen requieren ser manejados bajo la complejidad y resolutivez que ofrece la Fundación.

Los usuarios que asisten a los servicios en la FVL a través de sus planes de MP, PC y pólizas, y que residen en el sur tienen una representación más amplia comparada con aquellos que residen en el norte y otras zonas geográficas de la ciudad y municipios aledaños, la ubicación geográfica de la Institución representa un obstáculo para el acceso a los servicios ofertados para estos últimos usuarios, que según manifestaron algunos, prefieren acceder a Instituciones más cercanas.

Entre los obstáculos administrativos que identifican los usuarios de MP, PC y pólizas que acuden a los servicios que oferta la FVL, se encontró que a pesar de tener una apreciación buena entre los usuarios, la central de citas tiene la calificación más baja con respecto a los demás ítems que se encuentran en la fase del previa al uso de los servicios, en 2007, más de la mitad de los encuestados le parecía adecuada la comunicación telefónica con FVL, pero la comunicación telefónica no se convertía en un factor determinante al momento de elegir la FVL, a partir 2011 con la salida en vivo del Sistema SAP, se observó una caída en los indicadores de satisfacción con respecto a este servicio. Por otro lado, Se observó un grado de dependencia entre la percepción de la Calidad del servicio de central de citas y la frecuencia de uso, donde aquellos usuarios que lo calificaron como frecuente o muy frecuente perciben negativamente la prestación de este servicio en términos de calidad de los cuales, esto se puede deber a la exposición que tienen a este servicio.

Otro proceso administrativo en la fase de pre-uso analizado en este estudio fue la eficiencia del trámite de autorizaciones a través del plan de MP, PC o póliza; en este caso también se observó que a pesar de tener una calificación general positiva entre los usuarios, este ítem es considerado una característica determinante para acceder a los servicios ofertados por la FVL y un porcentaje de usuarios considera que estos trámites son muy demorados y a su vez perciben que al pagar un prima adicional por acceder a los servicios de salud no deberían enfrentarse a estos trámites.

En la fase previa al uso se analizó el ítem puntualidad en la atención según los compromisos adquiridos por la FVL, que aunque tiene una apreciación buena en general, hay un porcentaje considerable de usuarios calificó la puntualidad como negativa, y resulta ser además una característica determinante para acceder a los servicios que oferta FVL; algunos usuarios manifestaron que esta situación depende del médico o la especialidad, en algunos casos esto obedece a que algunas especialidades son únicas en la Institución e incluso en el Sur Occidente del país, en este punto la FVL trabaja continuamente capacitando a sus médicos para no tener especialista únicos dentro de la Institución.

Según algunos estudios, ser mujer aumenta la posibilidad de calificar negativamente un servicio como regular o malo, es el caso de los ítems calidad de información y puntualidad, donde se observó cierto grado de dependencia entre el género y dichos ítems, lo que es concluyente con la información arrojada por este estudio.

En general la percepción de los usuarios de MP, PC y pólizas acerca de la prestación del servicio en la FVL es buena, se puede decir que algunas de las debilidades de la Institución en cuanto a la prestación de los servicios se encuentra, en la fase del previa al uso, estas debilidades identificadas son la central de citas y la puntualidad según los compromisos adquiridos con los usuarios; y desde el lado del prestador se encuentra que el trámite de las autorizaciones representa una debilidad que resulta determinante para el acceso a los servicios ofertados por la FVL.

15.Recomendaciones.

Según Mushkin (1958), “la Economía de la salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso optimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia en la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización”. Esta relación entre la economía y la salud constituye un campo de aplicación en el cual los economistas pueden realizar aportes para su comprensión y desarrollo, es por esto que se sugiere en el futuro utilizar modelos econométricos aplicados al análisis de la demanda, dado que la importancia de estudiar la demanda y la utilización de los servicios de salud desde un punto de vista cuantitativo radica en la identificación de aquellos factores que tienen mayor relevancia sobre el aumento experimentado en la últimas década, así como de los que provocan diferencias en la utilización tanto individual y geográfico, ya que el planteamiento de estos estudios a cualquier campo de las ciencias sociales se ha convertido en un requisito imprescindible para la toma de decisiones⁴⁴.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que las respuestas de individuos pertenecientes al mismo grupo tienden a ser similares; ignorar esta relación haciendo uso de las técnicas estadísticas tradicionales puede sobredimensionar los efectos del grupo y por tanto distorsionar las conclusiones. Por lo tanto, se recomienda, en el estudio de la influencia de una variable sobre las respuestas de individuos agrupados, el uso de modelos logísticos de niveles múltiples, esto tienen en consideración una estructura de asociación entre las respuestas de los individuos que refleja la tendencia a respuestas más similares entre los individuos pertenecientes a un mismo grupo.

⁴⁴ Clavero A. Gonzalez M. Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. Mayo 2005. P: 140 y 154

16. Bibliografía

- Evans B, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: From the system to the provider. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6):439-446.
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. . *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. 1992; (80): 929-943.
- Hernández Álvarez M, Obregón Torres D. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. *Cine años de Historia*. 1902-200. Bogotá Octubre 2002. p. 184.
- Lozano Jiménez J. Lozano Marmolejo A. Lozano Gubbay D. Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-POS. *Estud. Gerenc. Cali* 2003. Vol.19. No. 86
- Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona. Junio 2010.
- Clavero A. Gonzalez M. Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. *Hacienda pública Española/Revista de Economía Publica*. 173 – 2(2005). p 129-162. Mayo 2005
- Meza Carvajalino C, Isaza Castro J. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. *Archivos de Economía*. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos. República de Colombia. Documento 288. 2005.
- Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6):717-731.
- Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. *Health Affairs* 2001; 20(3):21-24.
- Puentes-Rosas E. Ruelas E. Martínez-Monoy T. Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios. *Salud Pública México* 2005.
- Rosentock I. Porque la gente utiliza los servicios de salud. *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. 1992;(34): 405-424.
- Tono Ramírez T. Acceso a servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios

médicos en siete ciudades. ISSN: 0121-2532 ed.: Tercer Mundo Editores v.23 fasc. p.143 - 167 ,2000.

- Torres C. La calidad del servicio en salud va más allá de lo técnico. Casa Editorial Catorse.
- Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Sánchez M, Ramírez I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Ed. Mayul. p. 13-22, marzo 2010.
- Valencia F, Ardon N, Jara M. Satisfacción y calidad: Análisis de la equivalencia o no de los términos. Pontificia Universidad Javeriana Bogota Colombia. Vol. 6, No.13. p. 139-168.
- Ruiz F, Uprimny M. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ed. Ecoe. Junio 2012.
- Universidad Sergio Arboleda – Centro de documentación [Sede Web]. Bogotá: facultad de Ciencias Jurídicas y socioeconómicas Universidad Javeriana. 1995 [Acceso mayo 22 de 2012] Amador Villaneda M. Lizarralde M. Aspectos Jurídicos de la Medicina en Colombia [Tesis de Grado]. Disponible en: http://www.usergioarboleda.edu.co/biblioteca/documentos/der_008.htm
- LOPÉZ SÁNCHEZ, Medardo Antonio y MOREANO HURTADO, Danny Viviana. Modelo de evaluación de la percepción de los servicios por parte de los clientes en un hospital de alta complejidad en salud. Santiago de Cali, 2007, 172 p. Tesis Maestría (Magíster en Administración). Universidad Icesi. FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS. [Acceso 24 de septiembre de 2012]. Disponible in Biblioteca Digital. Universidad Icesi. <http://hdl.handle.net/10906/5482>
- Quinche G. Los Seguros de Salud en Colombia. Simposio de Seguros de Salud Voluntarios y complementarios. ACEMI [Revista en Internet] Agosto 2011. [Acceso Julio 23 de 2013]. Disponible en: <http://www.acemi.org.co/index.php/es/eventos?layout=blog>
- Mejia Mejia, A. Sanchez Gandur, A. Tamayo Ramirez, J. Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia. Universidad de Antioquia. [Acceso: Septiembre 26 de 2013]. Disponible en: http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Tesis_Aurelio.pdf

17. ANEXOS

17.1 Anexo No. 1



DETERMINACIÓN DE LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS POR LOS USUARIOS DE MEDICINA PREPAGADA EN UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL III DE LA CIUDAD DE CALI

Investigación realizada por: María Fernanda Peña Vargas. Bacteriologa. Estudiante de la Maestría de Administración en Salud de la Universidad del Valle. Telefonos: 3165297130 - 3743849.

Objetivo General del Proyecto: Determinar los factores que condicionan el uso de los servicios de salud por parte de los usuarios de MP (Medicina Prepagada) y PC (Planes Complementarios) que consultan en la Fundación Valle del Lili.

Población objetivo: Son los usuarios de MP, PC y Polizas que consultaron los servicios de Hospitalización, Urgencias, Cardiología no invasiva, Cirugía, Endoscopia, Imágenes diagnósticas, Laboratorio clínico, Quimioterapia, Radioterapia, Rehabilitación Humana, Medicina Nuclear, Cateterismo y Electrofisiología y consulta Externa en la FVL durante 2010 y 2011, utilizando el paquete estadístico Epi Info se determinó que con una frecuencia esperada del problema del 60%, con un límite de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, la muestra de usuarios a encuestar para el estudio en mención es de 368. Los usuarios serán seleccionados aleatoriamente para ser encuestados. Los datos obtenidos a partir de las encuestas realizadas a, serán tabuladas por la investigadora en un paquete estadístico. Todos los sujetos serán mayores de edad. La encuesta será completamente confidencial y la información obtenida solo será manejada y tabulada por la investigadora. No se realizará ninguna intervención o modificación sobre las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales intencionada en los individuos que participaran en el estudio.

Solicitamos su consentimiento para responder la encuesta de manera verbal, para lo que se requiere disponer de 10 minutos y la voluntad para contestar las 36 preguntas que la componen. Una vez conociendo el objetivo del proyecto y su participación en el mismo, desea continuar con la encuesta?:

SI _____ NO _____

1. EDAD:

2. GÉNERO: Femenino _____ Masculino _____

3. ESTRATO SOCIOECONOMICO:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

4. Nivel de Escolaridad:

Bachiller _____ Técnico _____ Universitario _____ Post-grado _____ Otros.

Cual? _____

5. EPS a la que se encuentra afiliado actualmente: _____

6. Empresa de Medicina Prepaga, Plan complementario o Poliza a la que se encuentra afiliado actualmente:

7. Cuando fue la última vez que consulto a través de su Medicina Prepagada, Plan complementario o Poliza (Aproximadamente)

Menos de un mes _____ Entre 2 y 3 meses _____ Mas de 3 meses _____ Mas de 6 meses _____

8. Frecuencia con la que utiliza los Servicios de Salud a los que tiene acceso a través de su Medicina Prepagada, Plan complementario o Poliza:

Muy frecuentemente _____ Frecuentemente _____ Periódicamente _____ Ocasionalmente _____

9. Servicio que utilizo durante su ultima vista (Urgencia, Consulta Externa, Imágenes Dx, Laboratorio, Etc): _____

10. Quien generó el direccionamiento que lo remitió al servicio que utilizó:

Direccionado por su EPS _____ Direccionado por su ARP _____

Direccionado por el médico de su MP, PC o Poliza _____ Preferencia personal _____ Medico externo _____

11. Esta de acuerdo con la decisión de quien genero la remisión:

Si _____ No _____ No contesta _____ No esta de acuerdo. Por qué? _____

12. Que es lo primero que reconoce de la FVL cuando le hablan de ella:

Calidad del servicio _____ Cómodas instalaciones _____ Alta complejidad de los servicios _____ Confianza en el personal médico-asistencial _____ Otros. _____

Cuales? _____

13. Lugar de residencia

(1)Norte (2)Sur (3)Este (4) Oeste (5)Centro

De la pregunta 14-27 Responda calificando en una escala de 1 a 4 siendo (1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

14. En qué nivel considera que la FVL cuenta con todos los Servicios requeridos para suplir sus necesidades de Salud:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

15. Cómo califica la ubicación de la FVL con respecto a su lugar de residencia:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

16. Cómo considera el tiempo de respuesta por parte de la CENTRAL DE CITAS de la FVL:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

17. Cómo considera el servicio recibido por parte del personal que atiende en la CENTRAL DE CITAS de FVL:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

18. Cómo considera la prestación general del servicio de la CENTRAL DE CITAS de la FVL en términos de de calidad:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

19. Cómo considera la oportunidad en la programación de la citas asignadas por la CENTRAL DE CITAS de FVL:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

20. Cómo considera el trato del personal de los servicios diferentes al servicio que consultó (Orientadoras, Guardas de seguridad, Secretarias, Etc.):

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

21. Cómo considera Trato de la secretaria del servicio al que consultó:

(1)Mala (2)Regular (3)Buena (4)Excelente

22. Cómo califica La calidad de la información recibida en los servicios por parte del personal administrativo de la FVL:

(1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

23. Cómo considera la eficiencia en cuanto al trámite de órdenes y servicios con su entidad:

(1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

24. Cómo considera el cumplimiento del tiempo de espera en el servicio según el compromiso adquirido por la FVL con el usuario, en terminos de calidad:

(1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

25. Cómo considera el trato del personal medico-asistencial en terminos de calidad:

(1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

26. Cómo considera la capacidad técnica del personal medico-asistencial, en terminos de calidad:

(1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

27. Califique en términos de calidad las instalaciones de:

SALAS DE ESPERA: (1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

PARQUEADEROS: (1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

CONSULTORIOS: (1) Mala (2) Regular (3) Buena (4) Excelente

De la pregunta 28-37 Responda calificando en una escala de 1 a 4 siendo (1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

28. Considera que la ubicación de su residencia es determinante para acceder a los Servicios de salud:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

29. Considera que el trato recibido por parte del personal de la CENTRAL DE CITAS es determinante para asistir a los servicios ofertados por la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

30. Considera determinante el trato del personal administrativo para asistir a los servicios ofertados en la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

31. Considera determinante la calidad de la información recibida para asistir a los servicios de la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

32. Considera un factor determinante la eficiencia en el trámite de órdenes y servicios para acudir a la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

33. Considera determinante la puntualidad en la prestación del servicio para acudir a la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

34. Considera el trato del personal medico-asistencial determinante para acudir a los servicios de la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

35. Considera determinante la capacidad técnica del personal medico-asistencial determinante para acudir a los servicios de la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

36. Considera determinante la capacidad tecnológica para acudir a los servicios de la FVL:

(1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

37. Considera determinante la calidad las instalaciones para acudir a los servicios ofertados por al FVL:

SALAS DE ESPERA: (1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

PARQUEADEROS: (1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

CONSULTORIOS: (1) Nada determinante (2) mas o menos determinante (3) muy determinante (4) demasiado determinante

38. Con respecto a su plan de MP, PC o poliza, como considera la posibilidad de continuar con el tratamiento o seguimiento de la patología de consulta en la FVL:

(1) difícil (2) fácil (3) le es indiferente

39. Desea volver a consultar los servicios de la FVL:

Si ____ No ____ Es indiferente ____ No contesta ____

17 .2 Anexo No. 2

TRÁMITE DE ÓRDENES	CENTRAL DE CITAS	CUMPLIMIENTO DE CITAS	UBICACIÓN RESIDENCIA	SALAS DE ESPERA	PARQUEADEROS	CONTINUACION TRATAMIENTO	TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO
Demorada	difícil comunicación	Depende del médico	Vivo en Buga es lejos	esperas largas, salas incómodas.	chocan carros y no responden	depende neurología, difícil.	nada profesional
mucha demora	mucha demora.	Depende del médico	Vivo en Jamundi es lejos	asustan	Ampliar parqueaderos		las secretarias son repelentes.
	Demorado.	incumplidas	Vivo en Buga es lejos	muy oscuras	costosos		
	demorado	depende del médico	Vivo en Jamundi es lejos		costosos		
	demorado		lejos		que no cobren		
	Demora asignacion citaS		lejos		costosos		
	nunca contestan- malo		Vivo en Ginebre es lejos		costosos		
	se demoran		Vivo en Palmira es lejos		no hay cuidadores		
	muy parcas		Vivo en Palmira es lejos		malos-llenos		
	Demora en la asignacion de		realmente lejos		regular		
	siempre dan las citas		no importa que quede lejos-buen servicio		escasos-costosos		
	nunca llama a pedir citas prefiero ir personalmente por que la comunicación es difícil		prefiero ir a Imbanaco por que queda mas cerca		malos		
	demora				costosos		
	caos total				costosos		
	algunas veces se demoran en la				costosos		
					costosos		